Rok XLIII. Kraków 21 Maja 1904. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału Dr. med. Dunina w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Kreozot i kreozalbina w cierpieniach narządu oddechowego.

Podał

Leon Karwacki.

(Rzecz wygłoszona w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem na posiedzeniu dnia 30 czerwca 1903).

Celem niniejszej pracy jest bliższe zapoznanie się z własnościami otrzymanego przezemnie białkowego połączenia kreozotu — kreozalbiny. Ponieważ czynną częścią składową tego leku jest kreozot, uważam za rzecz niezbędną poruszyć jeszcze raz starą, a jednak niedostatecznie pogłębioną sprawę użyteczności kreozotu w cierpieniach dróg oddechowych

Kreozot był otrzymany w roku 1832 przez Reichenbacha. Badacz ten wprowadził go do terapii z powodu jego własności przeciwgnilnych i ściągających. Dzięki powadze Reichenbacha środek ten został przyjęty przez ówczesnych terapeutów z zapałem i zastosowany jako „panaceum“ w całym szeregu najróżnorodniejszych stanów chorobowych. Po bezkrytycznem zapale nastąpiło zupełne rozczarowanie i do roku 1877 o kreozocie pamiętali tylko dentyści. Do arsenału terapeutycznego kreozot wrócił znowu dzięki pracom Boucharda i Gimberta już jako środek do zwalczania nieznanego jeszcze wtedy, a przeczuwanego zarazka gruźlicy płuc. Statystyka Gimberta zachęciła bardzo wielu lekarzy do wypróbowania skuteczności kreozotu w tym kierunku i zjednała mu licznych zwolenników. Z poszukiwań doby ówczesnej warto wymienić prace Curschmanna i Picka: badacze ci zapomocą odpowiednich masek stosowali wziewanie kreozotu zarówno w celu powstrzymania krwotoków przyrody gruźliczej, jak i dla wywarcia przeciwgnilnego działania na zarazki gruźlicze.

Mówiąc o zwolennikach terapii kreozotowej w gruźlicy płuc, nie podobna pominąć Sommerbrodta. Lekarz ten stosował kreozot w ogromnej liczbie przypadków i gorąco zachwala go, polecając zadawanie leku w dawkach dużych i przez znaczny przeciąg czasu. Przy zachowaniu tych warunków Sommerbrodt często jakoby otrzymywał wyleczenie gruźlicy płuc zarówno w pierwszym, jak i w drugim okresie. Z tego powodu Sommerbrodt uważa kreozot za lęk prawie swoisty dla gruźlicy.

Po odkryciu Kocha sprawa swoistości kreozotu została przeniesiona na grunt doświadczalny. Guttmann przekonał się, że dodatek kreozotu do pożywek hodowlanych w ilości 1:4000 wpływa bardzo niekorzystnie na rozwój laseczników gruźliczych, przy stosunku zaś 1:2000 wegetacya ustaje zupełnie. Ponieważ toksyczna dawka kreozotu wynosi zaledwie 0,17 na kilogram żywej wagi, podobne rozcieńczenie leży w granicach działania terapeutycznego i może być urzeczywistnione u osobnika dorosłego przez wprowadzenie do ustroju 2,0—4,0 kreozotu. Zdawało się więc na razie, że w tych warunkach i w ustroju uda się powstrzymać rozwój laseczników gruźliczych, a co za tem idzie, i dalszy rozwój gruźlicy.

Doświadczenia kliniczne jednak ziściły podobne oczekiwania tylko w bardzo małej mierze. Doświadczenia zaś Corneta, Albu, Weyla nad przebiegiem gruźlicy doświadczalnej u zwierząt przy podawaniu kreozotu wypadły dla leku zupełnie niepomyślnie. Również Sormani i Pellucani, stosując u zwierząt tuberkulizowanych wziewania kreozotowe, nie otrzymali wcale zachęcających wyników.

Ostateczny cios teoryi swoistego przeciwgruźliczego działania kreozotu zadały poszukiwania Yersina. Badacz ten stwierdził, że przebywanie laseczników gruźliczych w nasyconym wodnym roztworze kreozotu w ciągu godziny nie niszczy w nich wcale zdolności do rozwoju na pożywkach sztucznych. Zdolność ta ginie dopiero po dwugodzinnem oddziaływaniu roztworu. Gdybyśmy nawet byli w stanie wprowadzić do ustroju równie olbrzymie ilości kreozotu, to i wtedy jeszcze nie bylibyśmy pewni śmierci laseczników gruźliczych. W dobie obecnej probierz wyłącznie hodowlany nie może być uważany za miarodajny co do żywotności prątków gruźliczych. Jako przykład tego pozwolę sobie przytoczyć moje doświadczenia: 3-miesięczną hodowlę laseczników na agarze glicerynowym zawieszałem w 20 centymetrach sz. nasyconego wodnego roztworu kreozotu i zostawiałem tak w ciągu 4 godzin. Następnie zastrzykiwałem świnkom do otrzewnej po jednym centymetrze tej zawiesiny. Wszystkie świnki padły z gruźlicy.

Wobec tych faktów, — sądzę, — nie może być mowy o swoistem bakteryobójczem oddziaływaniu kreozotu w gruźlicy płucnej. Niektórzy badacze, jak Hoeltscher, przypisują kreozotowi oddziaływanie antytoksyczne: kreozot w ustroju dzięki znacznemu powinowactwu do istot białkowych łączy się z toksynami i zobojętnia je. Toksyny w tej postaci są łatwiej utleniane i wydalane z ustroju. Być może, że część dobroczynnych wpływów kreozotu warunkuje się wiązaniem toksyn gruźliczych, jak to przypuszczać należy naprzykład dla rtęci i toksyn przymiotu. Brak jednak wszelkich danych doświadczalnych, bodaj z tuberkulinami kochowskiemi, nie pozwala tej teoryi wyjść poza granice zwykłego przypuszczenia.

W dobie obecnej większość terapeutów jest usposobiona nieprzychylnie dla terapii kreozotowej. Z jednej strony szereg poszukiwań, mających na celu uzasadnienie wartości

leku drogą wykazania jego swoistości, wypadł ujemnie; z drugiej zaś strony całą uwagę świata lekarskiego pochłaniają wysiłki w kierunku opanowania gruźlicy na drodze odpowiednich urządzeń społecznych i na drodze leczenia swoistego „sensu stricto" — uodporniania czynnego i seroterapii. Wobec tych wielkich dążeń leczenie farmakologiczne wydaje się małem, niedoskonałem i z góry skazanem na zagładę. Dla olbrzymiej jednak większości chorych gruźliczych niedostępnem jest ani leczenie klimatyczne, ani też swoiste. Cóż ma tedy począć lekarz wobec podobnych chorych? Zwraca się do arsenału farmakologicznego i wybiera najczęściej kreozot, jako środek posiadający półwiekową tradycyę i bezwarunkowo najpoważniejszy z tych niezliczonych leków, które empirya doradza w gruźlicy; wszystkie bowiem nieudane uzasadnienia teoretyczne nie obalają doniosłości faktycznej tych licznych spostrzeżeń, gdzie kreozot wpłynął bardzo korzystnie na przebieg gruźlicy płucnej. To też kreozot jak leitmotyw terapii gruźliczej powtarza się nieustannie, wypływając w coraz nowej postaci, w coraz innym sposobie podawania.

Powszechnie wiadomo, że kreozot nie jest jednostką chemiczną, lecz mieszaniną fenolów. Główną część jego stanowią gwajakol, czyli monometylbrenckatechina i kreozol, czyli monometylhomobrenckatechina. Ciała te, identyczne pod względem działania fizyologicznego, różnią się punktem wrzenia i ciężarem gatunkowym. Różne gatunki kreozotu zawierają w przewadze to pierwszy, to drugi z tych fenolów. Naogół ilość ich waha się w granicach 60—90%. Bardzo często preparaty kreozotowe zawierają różne domieszki, a przeważnie kwas karbolowy. Ilość tych domieszek w złych gatunkach kreozotu może wynosić niekiedy 75%, jak wykazał to Goldberg na Zjeździe farmaceutycznym w Moskwie. Fakt ten ma doniosłe znaczenie dla porównawczej oceny wyników leczniczych u różnych badaczów. Być może, że zanieczyszczeniom przypisać należy często fakty zatrucia lub złego znoszenia kreozotu przez chorych.

Dla wyrobienia sobie pojęcia o istocie możliwego wpływu leczniczego przyjrzyjmy się oddziaływaniu kreozotu na różne narządy i jego losom w ustroju. Już Reichenbach stwierdził, że kreozot działa na błony śluzowe ściągająco; działanie to jednak występuje przy nieznacznem stężeniu rozczynów kreozotowych, znaczniejsze zaś działają żrąco i mogą wywołać nawej zmiany martwicze. Wprowadzony do żołądka, wywiera kreozot wybitny wpływ hamujący na patologiczne fermentacye treści żołądkowej, co oczywiście wpływa korzystnie na trawienie. Podmiotowe dobroczynne oddziaływanie kreozotu wyraża się poprawą łaknienia. Jeżeli wyniki otrzymane przy trawieniu sztucznem można przenieść na trawienie żołądkowe, to mógłbym twierdzić, że kreozot wpływa niekorzystnie na peptonizowanie się ciał białkowych w żołądku. Przy trawieniu sztucznem w moich doświadczeniach (1,0 ściętego białka kurzego +1,0 pepsyny Karajewa +50 ctm. $^1/_{10}$ kwasu solnego) dodatek 10 kropli kreozotu redukował po 24 godzinach peptonizacyi białka do $^1/_4$; przy dodatku zaś 20 kropli w rozczynie powstawały zaledwie ślady peptonu. W kwaśnem środowisku z rozczynem peptonów kreozot wytwarza bardzo subtelną zawiesinę. W kiszkach kreozot ulega wessaniu. Czy cały kreozot ulega wessaniu, jako taki, czy też pewna część wchłania się jako sprzężenie z wytworami rozpadu ciał białkowych? — dokładnie nie wiemy. Przy znacznem schorzeniu przewodu pokarmowego lub przy większych stężeniach przetworu kreozot w wysokim stopniu upośledza trawienie i wywołuje szereg zaburzeń, jako to: nudności, utratę łaknienia, gniecenie i palenie w dołku, kolki, biegunkę.

Z tego, co powiedzieliśmy, widać, że nie działanie na przewód pokarmowy rozstrzyga o wartości kreozotu, gdyż oddziaływanie to jest raczej przyrody ujemnej. Potwierdzają to także wyniki lecznicze, otrzymane drogą zastrzykiwań podskórnych. Zasadnicze oddziaływanie poczyna się od chwili, kiedy kreozot znajduje się w krążeniu krwi. W osoczu cały kreozot łączy się prawdopodobnie z istotami białkowemi. Hölscher i Seifert wprowadzali królikom do żołądka znaczne ilości kreozotu i co pewien czas badali krew, czy nie zawiera wolnego kreozotu, otrzymując stale wyniki ujemne. W surowicy zaś (poza ustrojem), jak wynika z moich doświadczeń, tylko część kreozotu ulega temu losowi, część zaś pozostaje niezwiązaną. Według obliczeń Sailleta około $^2/_3$ wprowadzonego kreozotu opuszcza ustrój przez nerki, przytem pod postacią sprzężenia z siarkanem potasowym, reszta zaś wydziela się przez inne narządy, z których lwia część przypada na błonę śluzową dróg oddechowych.

Jakie są pośrednie okresy rozkładu białkowych połączeń kreozotu aż do wymienionego sprzężenia, nie wiemy; możemy przypuszczać tylko, że dokonywują się one dzięki czynnej roli leukocytów. W pracy Miecznikowa o odporności zebrany jest cały szereg twierdzeń doświadczalnych, dowodzących, że leukocyty pochłaniają nierozpuszczalne i rozpuszczalne sole ciężkich metali, a także i alkaloidy. Labbé i Lortet dowiedli, że ma to miejsce także dla jodu i jego połączeń. Być może, że ma to miejsce i dla kreozotu, znajdującego się w osoczu. Być może, że pochłanianie takie wpływa podniecająco na różne czynności życiowe leukocytów, a w pierwszym rzędzie na czynności, związane z istotą samoobrony ustrojowej. Za przypuszczeniem tem przemawiają poszukiwania francuskich badaczów nad zachowaniem się surowic zwierzęcych pod wpływem wstrzykiwań kreozotu. Arloing spostrzegł ciekawy fakt, że wstrzykiwania kreozotu wywołują u kozy znaczny przyrost w surowicy istot, aglutynujących prątki gruźlicze. Schoul i Remlinger stwierdzili, że w surowicy królików w tych warunkach powstają aglutyniny pneumokokowe. Znanym zaś jest i stwierdzonym doświadczalnie fakt, że powstawanie aglutynin dokonywa się dzięki czynności leukocytów. Hawthorn badał zachowanie się w tych warunkach prawidłowej surowicy ludzkiej: okazało się, że wstrzykiwania kreozotu u ludzi zdrowych nie wywołują powstawania aglutynin gruźliczych. Co się tyczy chorych na gruźlicę, to o ich odczynie nic nie wiemy z powodu braku odnośnych poszukiwań.

Wydzielanie się kreozotu przez błonę śluzową dróg oddechowych ma za następstwo zmniejszanie się wydzieliny oskrzelowej. Fakt ten jest notowanym ogólnie przy podawaniu chorym większych ilości kreozotu. Dwie mogą być przyczyny tego zjawiska: z jednej strony bezpośrednie ściągające działanie kreozotu, z drugiej modyfikacya flory oskrzelowej. Na ten ostatni czynnik zamało dotąd zwracano uwagi. Kreozot może być uważany, jako środek przeciwpasorzytniczy *sensu stricto*; jednak działanie jego bakteryobójcze lub osłabiające występuje nie wobec laseczników Kocha, lecz wobec innych drobnoustrojów, które mogą rozwijać się za-

równo w zdrowej, a tembardziej w gruźliczej tkance płucnej. Mam tu na myśli dwoinki, paciorkowce, gronkowce, laseczniki grypowe, wywołujące zarówno sprawy pierwotne, jak i wtórne. Za takiem pojmowaniem roli kreozotu przemawiają bardzo pomyślne wyniki leczenia zapalenia płuc krupowego przetworami kreozotu. Zandt zebrał 1130 podobnych przypadków, gdzie kreozot miał wybitne działanie na przebieg choroby, skracając jej przebieg, obniżając ciepłotę i zmniejszając odsetek śmiertelności. Schoul i Remlinger widzieli przy podawaniu kreozotu zmniejszanie się liczby dwoinek w plwocinie i osłabienie ich jadowitości, co stwierdzili drogą szczepień na zwierzętach.

Podjęte przezemnie poszukiwania doświadczalne w tej sprawie dały następujące wyniki: najwrażliwszemi na działanie kreozotu okazały się dwoinki Talamon-Fraenkla. W dwóch przypadkach, gdzie dwoinki były wyhodowane z krwi chorych na zapalenie płuc, dodatek kreozotu w ilości $^1/_{10000}$ do hodowli bulionowej po 2 godzinach wyjaławiał hodowlę. Paciorkowce, wyhodowane z chorej na posocznicę, nie rosły w bulionie, zawierającym $^1/_{2000}$ kreozotu. Gronkowce, wyhodowane z krwi chorego gruźliczego, nie rosły w bulionie, zawierającym $^1/_{1000}$ kreozotu [1]). Otrzymanie zaś podobnych rozcieńczeń w ustroju jest rzeczą zupełnie możliwą.

Schoul i Remlinger stwierdzili wyraźne własności zapobiegawcze wstrzykiwań kreozotowych w doświadczalnem zakażeniu pneumokokowem. Co się tyczy działania leczniczego, to bardzo wyraźny wpływ został stwierdzony na szczurach — organizm zaś ich pod względem oddziaływania na zakażenie dwoinkowe jest najbardziej zbliżonym do ludzkiego.

Na podstawie przytoczonych faktów zapatruję się na rolę kreozotu w cierpieniach dróg oddechowych w sposób następujący: kreozot jako środek w ścisłem znaczeniu przeciwgruźliczy ma wartość niewielką; poprawa łaknienia w czystych postaciach gruźlicy płucnej nie przedstawia objawu swoistego dla kreozotu, lecz może być otrzymaną i przy podawaniu innych środków, jak arsen, goryczki. Użyteczność kreozotu w cierpieniach dróg oddechowych polega głównie na przeciwpasorzytniczem oddziaływaniu na niektóre drobnoustroje flory płucnej i być może na podniesieniu samoobrony ustrojowej drogą oddziaływania na czynności białych ciałek krwi. Wnioski te określają dostatecznie, w jakich postaciach nosologicznych kreozot może i powinien uzyskać zastosowanie. Wnioski te nie wykreślają bynajmniej kreozotu z listy środków przeciwgruźliczych, lecz zaznaczają wyraźniej jego wskazania. Zakażenia wtórne w gruźlicy płucnej są bardziej częste, niż mogłoby się to wydawać na podstawie objawów klinicznych. Przeprowadzając poszukiwania na na materyale szpitalnym doktora Dunina, znalazłem zakażenia dodatkowe, wykazujące się swoistym odczynem aglutynacyjnym, u 50% chorych. Przypadki brane były bez wyboru, około $^1/_3$ chorych miało niewielkie zmiany w płucach. Niektórzy chorzy z wyraźnym odczynem paciorkowcowym nie gorączkowali lub też ulegali stanowi podgorączkowemu.

Zasada Sommerbrodta, że im więcej kreozotu chory jest w stanie użyć, tem wyniki leczenia będą lepsze, służyć powinna za podstawę dla pozologii leku, czynnikiem zaś regulującym będzie zachowanie się przewodu pokarmowego i nerek. Z powodów zupełnie zrozumiałych przetwory kreozotowe rugują powoli z praktyki przykry w smaku i drażniący błony śluzowe kreozot czysty. Każdy z tych przetworów powinien w pewnych warunkach rozkładać się w ustroju, wyzwalając swój istotny czynnik leczniczy. Rozkład nie powinien dokonywać się w żołądku, gdyż wtedy wolny kreozot może zbytnio drażnić błonę śluzową i wpływać ujemnie na peptonizacyę. Ten zarzut można zrobić kreozolidowi, rozkładającemu się w kwaśnej treści żołądkowej. Rozkład powinien dokonywać się w kiszkach i być o ile możności powolnym, ażeby wywiązana większa ilość kreozotu nie wywierała żrącego działania na śluzówkę kiszki. Od grzechu tego niezupełnie wolny jest kreozotal. Drugorzędna część składowa powinna być — o ile możności — obojętną fizyologicznie, żeby nie wikłać wpływu leku oddziaływaniem ubocznem. Doskonały skąd-inąd przetwór francuski „kreozal" rozkłada się w treści kiszkowej na kreozot i garbnik, ten ostatni zaś może działać wprost ujemnie, wywołując niepożądane w danej chwili zaparcie stolca. Cieszący się takiem rozpowszechnieniem w chwili obecnej tiokol przedstawia połączenie, w postaci którego gwajakol opuszcza ustrój przez nerki. Połączenie to jako ostateczny etap przeróbki wewnątrzustrojowej nie zdolne jest ani do rozkładu, ani do wchodzenia w nowe związki; wprowadzone do ustroju opuszcza go w postaci niezmienionej. Tiokol nie wpływa ujemnie na peptonizowanie się ciał białkowych i w rozcieńczeniach, które mogą być otrzymane w ustroju, nie posiada najsłabszego nawet oddziaływania przeciwpasorzytniczego. Nie posiadając osobistego doświadczenia, uchylam się od oceny jego wartości klinicznej. Wobec jednak braku dowodów, że środek ten wywiązuje w ustroju wolny gwajakol, przetworowi temu należy się wyodrębnienie z grupy innych związków kreozotowych i gwajakolowych. Leczenie w tym razie będzie w ścisłem znaczeniu tego słowa „tiokolowe".

Nakreślone powyżej postulaty ziszczą otrzymane przezemnie białkowe połączenia kreozotu, inaczej „kreozalbina." Jest to proszek bezpostaciowy, żółtawego koloru, o woni i smaku wyraźnie kreozotowych. Połączenie to zawiera 40% kreozotu, jak to stwierdziły liczne analizy, między innemi dokonane przez doktora Lembergera. Kreozalbina nie rozpuszcza się w żadnem środowisku, rozkłada się zaś przy oddziaływaniu alkalii lub stężonych kwasów. W ustroju środek ten wyzwala swój kreozot w miarę trawienia się białka. Trawienie żołądkowe wyzwala zaledwie ślady kreozotu, stąd oddziaływanie jego antypeptonizujące jest bardzo nieznaczne. Całkowity rozkład następuje dopiero w kiszkach. Powolne i nieznaczne wytwarzanie się kreozotu chroni przewód pokarmowy od zbyt energicznego działania miejscowego, a powolne wchłanianie się zabezpiecza od zatrucia. Niewielka jadowitość kreozalbiny pozwala na wprowadzanie dużych ilości jej do ustroju bez obawy szkodliwych ubocznych następstw. Ujemną stronę środka stanowią smak i zapach, utrudniające podawanie go w praktyce dziecięcej. Zwykła dawka dla dorosłego wynosi 2,0 trzy razy dziennie. W zapaleniu oskrzeli posokowatem i gnilnem, w serowatem zapaleniu płuc, dochodziłem do 4,0 trzy razy dziennie. Kreozalbinę można zapisywać w równej ilości z mączką cukrową,

[1]) Znaczniejsze rozcieńczenia wywierały na wzrost wyraźny wpływ hamujący.

przyczem chory sam może dawkować lekarstwo: pół łyżeczki zawiera mniej więcej 2,0 kreozalbiny.

Przetwór ten, pomimo licznego stosowania w praktyce, nie posiada dotąd literatury (oprócz życzliwej oceny przez Komisyę przemysłowo-lekarską krakowską). To też byłbym wdzięczny klinicystom naszym, gdyby zechcieli ściślej zbadać zalecony przezemnie lek, a temsamem przyczynili się do właściwej oceny tego środka w liczbie innych przetworów kreozotowych.

II. Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.

Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. d. 21 kwietnia 1904.

Podał

Doc. Dr. Wincenty Łepkowski.

(Dokończenie.)

Do rzędu operacyi, które rozróżniamy pod nazwą powrotnego wszczepienia, zaliczamy tak zwaną *„replantatio atypica.“* Przy tym rodzaju replantacyi nie wszczepiamy napowrót zęba wyrwanego, tylko wszczepiamy w miejsce jego ciało obce, jak n. p. kość słoniową, korzenie zęba, sporządzane z metalu lub masy porcelanowej, albo też z kauczuku. Rozliczne próby, robione w tym kierunku, robione były tylko dlatego, aby uchronić się przy powrotnem wszczepianiu przed najgłówniejszym jego nieprzyjacielem, t. j. resorbcyą. Autorowie podają przy zwykłej replantacyi odwapnianie, o którem wspomniano. Znamienski z Moskwy pierwszy wprowadził *„replantatio atypica“* i dostosowywał do zębodołu zęby, zrobione z kauczuku lub porcelany. Użycie kauczuku nie jest myślą szczęśliwą, gdyż wiadomo, że kauczuk przez zawartość siarki nie jest obojętny dla otaczających tkanek, a sam z czasem staje się porowatym. Daleko lepszą jest myśl użycia metali lub porcelany. Nie trzeba zapominać, że wszystkie metale ulegają resorbcyi z wyjątkiem złota, platyny i irydu. Odlewanie korzeni z tych metali byłoby rzeczą zanadto kosztowną, a ostatecznie korzeń, odlany z takich metali, byłby za ciężki.

Idąc w dalszym ciągu za myślą uchronienia się przed resorbcyą, najodpowiedniejszem wydaje mi się być sporządzanie korzeni z porcelany, co też w kilku przypadkach przeprowadziliśmy. Według sposobu, używanego w tutejszem ambulatoryum dentystycznem, robimy korzeń porcelanowy według metody sporządzania plomb sposobem Jenkinsa. Po wyjęciu zęba otaczamy korzeń platynową złotą folią i osadzamy go w łożyskowej masie, używanej do ustalenia zębów przy lutowaniu ich do mostków lub złotych płyt. Ostrożnie wysuwa się ząb z tej w ten sposób otrzymanej formy, a mając przygotowaną rurkę platynową odpowiedniej grubości, wtapia się ją w korzeń dla umocowania w niej ćwioczka od korony. Odlewanie tym sposobem korzeni wymaga pewnej wprawy formowania masy Jenkinsa w ogrzewaniu, gdyż częstokroć zdarza się, że zamiast gładko i dobrze odlanego korzenia otrzymujemy porowatą masę, która łatwo rozpada się i nie da się użyć. Dobrze odlany korzeń powinien być następnie pokarbowany zapomocą szlifowania tak, aby nowo obrastająca go tkanka miała punkta zaczepu. Postępowanie tego rodzaju jest rzeczą mozolną i trudną. Szukając tedy za czemś nowem i lepszem, myśląc nad tem, jakby resorbcyi uniknąć, obecnie jesteśmy przy próbach replantacyi, która jest „replantacyą nieatypową.“ Sądzę, że te próby dadzą wyniki dodatnie.

Wychodząc z założenia, że ząb powrotnie wszczepiany nie powinien ulegać resorbcyi, dalej że ma mieć kształt, identyczny z kształtem zęba wyrwanego, pomyślałem, że najodpowiedniej będzie użyć tego samego zęba, czyniąc go niemożliwym dla resorbcyi.

Zastosowanie parafiny, jako środka leczniczego, nabrało w ostatnich czasach rozgłosu. Parafina w dentystyce została wprowadzoną do zalewania kanałów korzeni w leczeniu zapalenia miazgi zębowej zębów mlecznych. Szabó używał jej, co okazało się nadzwyczaj dobrem, do zalewania odciętych przed replantacyą końców korzeni. Idąc w ślad za nim, posługujemy się tą metodą we wszystkich naszych replantacyach i transplantacyach.

Z doświadczeń klinicznych nad parafiną, która służy do modelowania zbezkształtnionych części miękkich, jak nosów, piersi i t. d., pokazuje się, że kuleczki parafiny otarbiają się i że ona pozostaje w miejscu, gdzie była wstrzykniętą, nie ulegając żadnym zmianom. Na tej zasadzie, chcąc uchronić korzeń zęba od resorbcyi, przepajamy ząb parafiną, używając do tego *vacuum*. Sądzę, że resorbcya nie nastąpi, gdyż parafina, jako ciało, nie ulegające jej, zapobieże wessaniu. Czyż myśl jest dobra? czy nadzieje w niej położone się ziszczą? na te pytania można dopiero odpowiedzieć po szeregu lat, ale nie w chwili obecnej. Czyniąc tymczasowo wzmiankę o podjętem doświadczeniu, rozstrzygnięcie tej kwestyi odkładam na później.

W dalszym ciągu wynik operacyi zależy od zmian patologicznych, od ich jakości i rozciągłości. Wskazania do wyjęcia zęba są dziś ze względu na nowe metody zachowawcze nad wyraz ograniczone. W ślad za tem byłyby również ograniczone wskazania do replantacyi zęba. Tu odróżnić musimy wskazania bezwzględne i wskazania względne. Pod bezwzględnemi rozumiemy takie, gdzie żadna inna metoda zachowawcza nie doprowadzi do celu, a jedynym sposobem jest wyjęcie zęba. Zachodzi to w zapaleniach okostnej, gdzie ropienie wywołało zmiany większe, a ociąganie się z wyrwaniem mogłoby spowodować poważniejsze zaburzenia w całym ustroju. I w tych razach, jak to już wspomnieliśmy, podjęcie replantacyi jest rzeczą możliwą, chociaż nie zawsze pewną. Podejmujemy ją jednak częściej w chronicznem i podostrem zapaleniu okostnej, nawet tam, gdzie przyszło do wytworzenia się przetoki na dziąśle ponad zębem. Są jednak przypadki, w których przy chronicznem lub ostrem zapaleniu miazgi zębowej przeprowadzamy replantacyę, chociażbyśmy mogli doprowadzić do odpowiedniego wyniku metodami zachowawczemi.

Nie wszyscy pacyenci godzą się na założenie plomby. Przedkładają ponad to krótkotrwałą i efektowną operacyę wyjęcia zęba, zaplombowanie i replantowanie go poza ustami. W praktyce prywatnej, gdzie się ma do czynienia z publicznością, obeznaną ze zabiegami dentystycznymi, replantacya jest rzeczą stosunkowo rzadką. Ale zato w praktyce szpitalnej, gdzie przy ograniczonym czasie dużą liczbę plomb trzeba dokonać, na mozolne częstokroć leczenie korzeni nie mają czasu ani lekarz, ani zazwyczaj ciężką robotą zajęty pacyent. Replantacya, którą przy pomocy stosownej asystencyi w 10 minutach załatwić można, licząc czas od wyrwania aż do

osadzenia zęba, staje się wprost dobrodziejstwem dla chorego i operacyą, o której zapominać nie wolno. Tu możnaby powiedzieć, że replantacya nie jest przy chorobach zębów prawie nigdy przeciwwskazaną, a w niektórych przypadkach jest jedynym środkiem do utrzymania zęba w ustroju. Między naszą publicznością, co zresztą i gdzieindziej, jak sądzę, ma miejsce, niewiara w podobną operacyę jest tak wielka, że częstokroć dla tej niewiary i tego braku zaufania nawet przy najlepszych warunkach i okolicznościach musimy zaniechać tego rękoczynu. Zdarzało się niejednokrotnie, że po dokonanej replantacyi, po długich, a przekonywujących przemowach, po dokładnem objaśnieniu, jak się ma operowany zachowywać i t. d., wyjmuje on zęba replantowanego w kilka chwil później własnymi palcami, tryumfując, że i tak mu dał rady. Rzecz naturalna, że wiara w udanie się operacyi i inteligencya pacyenta odgrywać muszą wielką rolę. Od nich bowiem zależne jest zachowanie się po operacyi, przestrzeganie i uwaga przy jedzeniu, staranne płókanie ust, bez których to czynników trudno, aby wynik był zadowalniający. Z drugiej strony zdarzały się i odmienne przypadki. Trafiało się kilkakrotnie, że chory lub chora sami się prosili o replantacyę, wiedząc zapewne od osób trzecich o jej zbawiennych skutkach. Ogólnie jednak powiedzieć można, że mało doznajemy poparcia ze strony chorych. Często trzeba wprost wywalczać możność zrobienia replantacyi.

Ogółem dotychczas w Ambulatoryum dentystycznem i w praktyce prywatnej wykonaliśmy replantacyi czterdzieści ośm, replantacyi *atypica* trzy, transplantacyi cztery. Z tego było mężczyzn 16, kobiet trzydzieści dwie. Przeciętny wiek wynosił lat dwadzieścia; najmłodszy pacyent miał lat czternaście, najstarszy lat trzydzieści pięć. Powodem do wyjęcia zęba i replantacyi w przeważnej liczbie przypadków było zapalenie okostnej, w których jedenaście razy operowano wśród silnego nacieku zapalnego, w trzech zaś przypadkach widoczną była ponad zębem przetoka. Reszta przypadków dzieliła się jak następuje: pięć replantacyi po uderzeniu; transplantacye i replantacye „atypowe“ były robione dla doświadczenia; replantacye korzeni porcelanowych nie powiodły się, korzenie po jakimś czasie wypadły, być może dlatego, że pacyentka była osobą chorą i źle odżywioną; transplantacye udały się w zupełności. Licząc wszystkie nieudałe przypadki procentowo, byłoby nieudałych replantacyi 8%. Część z tego położyć można na karb złego zachowania się pacyentów po replantacyi, część zaś na błędy w artykulacyi i umocowaniu.

Równie dobrze, jak replantacye, udają się i transplantacye. Tu tylko trudność polega na tem, ażeby mieć pod ręką odpowiedniego zęba, któryby kształtem swoim tak co do korzenia, jak i korony, był podobny do zęba wyrwanego i odpowiadał warunkom, jakie przy transplantacyi są wymagane. Już Pfaff, który w dziele swem, wydanem w Berlinie 1756 r. o zębach ludzkich, poświęca większą uwagę transplantacyi, nadmienia, że trzeba wyszukiwać dla transplantacyi osobniki zupełnie zdrowe, gdyż łatwo można przenieść jakiekolwiek choroby zakaźne z jednego na drugiego. Podobne ostrożności zaleca Bourdet. Berdmore jest jednym z przeciwników transplantacyi i twierdzi, że jest to operacya, która powinna być zakazaną, gdyż trudno znaleźć u dwóch osobników dwa zęby tak zbliżone do siebie budową korzeni i korony, ażeby można było przeszczepić zdrowy ząb z jednego, drugiemu. Nie jest on ostatni, który w tym duchu głos zabiera, gdyż Richeraud znowu oburza się ze stanowiska ludzkiego na fakt, często niestety spotykany, że ludzie biedni za pieniądze sprzedawali swe zęby, aby nimi służyć zamożnym; dosłownie zaś wyraża się tak: „Zdaje mi się, że jest wstrętnem i nieludzkiem, aby wyrywać zęby biedakowi dla ozdobienia ust bogatego pyszałka, nawet gdyby tenże pokrył ten ząb dziesięciokrotną wagą złota“.

Wskazanie do transplantacyi czyli przeszczepienia jest rzeczą nadzwyczaj ograniczoną. Chodzi tu może głównie o zęby przednie osobników młodych i zdrowych, przeszczepione z osobników młodych i zdrowych. Nadzwyczajne tylko okoliczności, w których chyba odgrywać może rolę miłość i poświęcenie, albo chciwość i pieniądz, dają nam możność wykonania przeszczepienia, które w postępowaniu i w wynikach niczem się nie różni od postępowania i wyniku przy powrotnem wszczepieniu, czyli replantacyi. Przy przeszczepianiu uważać trzeba na kształt, długość i grubość korzenia, a ewentualnie zachodzić może potrzeba do przystosowania zapomocą pilnika zęba przeszczepianego do otworu w zębodole. Dla doświadczeń w tutejszej poliklinice zrobioną została kilkakrotnie transplantacya, a sposób jej wykonania i wynik, jak to już powiedziałem, zupełnie jest identyczny z powrotnem wszczepieniem.

Transplantacya miałaby cel i wskazanie tam, gdzie przy urazie nietylko ząb lub zęby zostały wybite, lecz zaginęły, albo popękały. Posiadanie dla ewentualnej transplantacyi zasobu zębów już z odwapnionymi korzeniami w jałowym rozczynie soli kuchennej, jak to proponuje Amoëdo, jest zdaniem mojem rzeczą nadzwyczaj niepraktyczną, gdyż trzeba ich mieć dużo, a takie składy nie są konieczne. Ten, który się zgodzi na transplantacyę, zgodzi się na *„replantatio atypica“* lub w końcu na zastosowanie zębów sztucznych na mostkach lub płytach.

Trzecią z rzędu operacyą, która do niniejszego działu rękoczynów należy, jest wszczepianie czyli implantacya. Różnica główna polega na tem, że przy replantacyi i transplantacyi otwory w zębodole, powstałe po wyjęciu zęba, istnieją, gdy zaś przy wszczepianiu otwory te zrobić trzeba drogą operacyjną. Implantacya właściwie nie ma wskazania, chociaż jest ona może jednym z ideałów dentystyki, bo daje możność przywrócenia braków w taki sposób, w jaki żaden ze znanych sposobów techniki dentystycznej dać nie może. Wskazaniem tu jest chyba silna wola pacyenta, który dobrowolnie chce się poddać operacyi bądź co bądź nie obojętnej. Śmieli w swoich pomysłach i lubiący nadzwyczajności Amerykanie są ojcami tej ekscentrycznej operacyi. Younger z Chicago, gorliwy zapaleniec wszczepiania zębów, jeden z pierwszych, który przed laty dziesięciu ją wprowadził, zestawił szereg narzędzi, rodzaj świdrów do trepanowania kości, któremi wywierca dziury, zbliżone swym kształtem do korzenia zęba.

Na XII międzynarodowym Zjeździe w Moskwie Amoëdo z Paryża, miał odczyt na temat implantacyi zębów. Implantacya — twierdzi on — musi znaleźć rozległe zastosowanie w praktyce dentystycznej, gdy daje się ona przeprowadzić bez bolu i bez niebezpieczeństwa dla chorego. Celem wszczepiani jest nietylko osadzanie pojedynczych

zębów, ale małych mostków, dla których implantowane zęby mają być punktem zaczepu. Jeżeli porównamy wstawianie małych protez w sposób, jakiego technika dentystyczna dziś używa, z protezami udanemi, a robionemi przez implantowanie zębów, to istotnie te ostatnie są bardziej podziwienia godne.

Sposób operowania Amoëdy jest następujący:

1) Odkażenie jamy ustnej sublimatem $^1/_{4000}$ lub nadmanganezianem potasu $^1/_{2000}$.

2) Znieczulenie kokainą.

3) Głębokie nacięcie dziąsła w kształcie litery H odpowiednimi nożykami, zapomocą których można odrazu podnieść do góry okostnę.

4) Trepanowanie kości odpowiednimi świderkami.

5) Osadzenie zęba, które odbyć się może nawet młotkiem.

6) Przywiązanie implantowanego zęba zapomocą podwiązek lub odpowiednich przyrządów.

Na pytanie, w jaki sposób utrzymuje się ząb implantowany w kości, posiadamy trzy teorye:

1) Odrodzenie osłonki zębowej.

2) Wytworzenie się w kości torebki naokoło korzenia zęba.

3) Wrośnięcie kości w korzeń.

Co się tyczy odrodzenia osłonki zębowej, to to jest wprost niemożliwe i nawet nie może być hipotezą.

Druga teorya, mówiąca o wytworzeniu się nowej, otaczającej ząb torebki, ani klinicznie, ani mikroskopowo stwierdzoną nie została.

Zęby implantowane mają przy opukiwaniu ton wyższy i jawniejszy, niż zęby sąsiednie. Każde poruszenie zęba implantowanego udziela się wprost kości. Wyjęcie zęba implantowanego przedstawia nadzwyczajne trudności.

Te trzy objawy kliniczne przemawiają, co zresztą Amoëdo miał stwierdzić na preparatach mikroskopowych, że przychodzi tu do wytworzenia się kostniny i że następuje zespolenie zupełne korzenia zęba implantowanego z kością. Ząb implantowany, który odgrywa rolę ciała obcego, drażni kość, wywołując tworzenie się komórek limfoidalnych, które ustawiają się w szeregi na całej przestrzeni jamy zębodołu i otaczają w końcu cały korzeń. W tej chwili następują ubytki w korzeniu. Spostrzegamy komórki olbrzymie i osteoblasty, które tworzą małe zagłębienia na powierzchni korzenia. Skoro ząb ustalił się, a ogólny stan pacyenta jest dobry, resorbcya jest powstrzymaną. Nowo utworzona tkanka między zębem, a kością coraz jest bogatszą w wapno i w końcu implantowany ząb z kością stanowi jedną całość. Tak sobie tę sprawę przedstawia Amoëdo. Aby cały ten proces był pewniejszym, szybszym, radzi on korzeń na powierzchni odwapnić, gdyż twierdzi, że w ten sposób obrośnięcie i ustalenie zęba jest łatwiejsze.

Implantowania zębów dotychczas nie podejmowałem wcale. Z wyników jednak, jakie przy transplantacyi i replantacyi osiągnęliśmy, widzę, że jest to rzeczą zupełnie możliwą, chociaż nie zawsze pewną.

Kończąc wykład niniejszy mam nadzieję, że rozpoczęte doświadczenia w kierunku replantacyi, a szczególnie w kierunku replantacyi „*atypica*“, w przyszłości uzupełnię i otrzymanymi wynikami z ogółem kolegów się podzielę.

III. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek.

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Ciąg dalszy).

Wszystkie wyżej przytoczone fakty świadczą aż nadto wymownie, że poglądy szkoły skrajnej bakteryologicznej, która jeszcze dotychczas ma niektórych zwolenników w Niemczech, nie wytrzymują krytyki. Drobnoustroje jadowite nie wystarczają same przez się do wywołania choroby. Jeśli bowiem ustrój jest odporny, to możemy wstrzykiwać doń drobnoustroje „chorobotwórcze“ i niejednokrotnie i w dawkach wielkich, a jednak choroby nie wywołamy. Dla wywołania choroby konieczny jest odpowiedni grunt w organizmie, na którym drobnoustroje mogłyby się bez przeszkody rozmnażać, potrzeba, aby organizm posiadał chwytność na zakażenie. Taki grunt dla śmiertelnego zakażenia kur lasecznikami wąglika i dla wspomnianej wyżej choroby epidemicznej żab stwarza obniżenie ciepłoty ciała; taki grunt dla zapalenia płuc może stworzyć zaziębienie; dla ostrego zapalenia szpiku kostnego — uraz; dla gruźlicy złe warunki higieniczne i t. d. Zgodzić się musimy, że drobnoustroje tak zwane chorobotwórcze nie są wystarczającą przyczyną chorób zakaźnych. Z drugiej natomiast strony zgodzić się również musimy, iż niemasz gruźlicy bez „prątka“ Kocha, niemasz duru brzusznego bez prątka durowego, niemasz błonicy bez prątka Klebsa-Loeflera, niemasz ostrego ropnego zapalenia szpiku kostnego bez drobnoustrojów, zdolnych ropienie wywoływać i t. d., słowem, niema chorób zakaźnych bez odpowiednich zarazków.

Zachodzi przeto pytanie, co właściwie mamy uważać za przyczynę chorób zakaźnych i gdzie szukać błędu w dotychczasowem pojmowaniu przyczynowości w chorobach zakaźnych przez Kocha, Baumgartena i innych zwolenników skrajnie bakteryologicznego kierunku?

Zdaniem Hueppego ([31], [32]) błąd polega na nieścisłem rozumieniu pojęcia przyczyny. Zgodnie z prawem zachowania energii skutek winien być równy przyczynie, nie można przeto nazywać przyczyną jakiegoś zjawiska pewien czynnik, wywołujący dane zjawisko, nie równoznaczny ze skutkiem. Dla objaśnienia tej różnicy zapożyczę przykładu od Martiusa([45]) z jego dzieła, traktującego o patogenezie chorób wewnętrznych, gdyż przykład ten przedstawia rzecz dobitnie i zrozumiale dla każdego. Jeśli jakaś substancya wybuchowa tak jest umieszczona, że podczas wybuchu cała spoczywająca w niej napięta energia chemiczna przechodzi w mechaniczne działanie, to skutek wybuchu, to jest stopień mechanicznego spustoszenia, jest zupełnie równy nagromadzonej przedtem napiętej energii. Jeśli przeto określić z Robertem Mayerem przyczynę w tem znaczeniu, że *causa aequat effectum*, przyczyna równa skutkowi, to przyczyną spustoszenia w danym przykładzie będzie nie czynnik wywołujący wybuch, np. iskra, lecz utajona energia substancyi wybuchowej, która podczas wybuchu przeszła w energię kinetyczną.

Toż samo pojęcie przyczynowości chce zastosować Hueppe, a z nim Martius i w patogenezie chorób za-

kaźnych, a wtedy drobnoustroje nie byłyby dla nas przyczynami chorób, jeno czynnikami wyzwalającymi chorobę, znajdującą się w ustroju *in potentia*. „Wie in allen Naturprocessen ohne jede Ausnahme, powiada Hueppe(32), können die Krankheitserreger als auslösende Anstösse nur das auslösen, was als Krankheitsanlage irgendwie nach Masse und Art im Menschen vorhanden ist.“ U nas zwolennikiem takiego pojmowania roli drobnoustrojów w chorobach zakaźnych jest Hoyer*)(30). Lecz może zbyt daleko posuwają się ci uczeni, gdy w drobnoustrojach jadowitych widzą tylko czynnik wyzwalający chorobę („das auslösende Moment“ Martiusa). Nie mamy prawa porównywać drobnoustrojów z iskrą, wywolującą wybuch prochu, a organizm, usposobiony do zakażenia, z napiętą energią, nagromadzoną w materyale wybuchowym, gdyż nie mamy prawa utożsamiać procesów biologicznych ze zjawiskami fizyczno-chemicznemi, zachodzącemi w martwej przyrodzie. I dopóty ten mechaniczny pogląd na zjawiska biologiczne nie może rościć sobie pretensyi do tego, aby mu wszyscy hołdowali, dopóki nie zostanie osiągnięty ostateczny cel badań biologicznych, dopóki nie zostanie rozwiązane pytanie, sformułowane przed kilku laty przez Nenckiego(50): „na czem właściwie polega zjawisko, że żywa komórka wykształca się, odżywia, rośnie, rozmnaża się i w końcu zawsze prędzej czy później umiera, a w martwej znajdujemy te same składniki, co w żywej?“ Nie przesądzając przyszłego rozwiązania tego pytania, możemy tylko powiedzieć: *ignoramus*.

Hueppe, występując przeciw nienaukowemu pojmowaniu roli drobnoustrojów w chorobach zakaźnych przez zwolenników skrajnie bakteryologicznego kierunku, którzy uważają drobuoustroje jadowite, jako „das schädliche Ding an sich“, jak się trafnie wyraził Gottstein(45), Hueppe sam wpada w drugą ostateczność i sam staje na stanowisku nienaukowem. Twierdzić bowiem, jak to czyni Hueppe, że siły fizyczno-chemiczne wystarczają do objaśnienia zjawisk biologicznych, jest to postępować nienaukowo, jak nienaukowem byłoby twierdzenie, że siłami fizyczno-chemicznemi nie zdołamy nigdy objaśnić życia.

Możeby lepiej, nie wpadając ani w jedną, ani w drugą ostateczność, wyrazić się ostrożnie, iż drobnoustroje stanowią jeden z koniecznych warunków choroby zakaźnej w myśl określenia Milla, że przyczynowością jest suma wszystkich warunków zjawiska. Ale najlepiej może będzie, a zarazem najściślej, gdy, idąc za radą wielu uczonych, nie będziemy się zupełnie posługiwali pojęciem „przyczyna“, którego to pojęcia dokładnego określenia nie posiadamy. A wtedy poprostu powiemy, że do powstania choroby zakaźnej dwa warunki są konieczne: usposobienie organizmu do choroby zakaźnej i zarazek, wywołujący chorobę zakaźną. Oba te warunki są konieczne, jak to i Hueppe*) zauważył, ale żaden z nich nie jest wystarczający sam przez się, aby chorobę wywołać. Warunki te są dwiema wielkościami zmiennemi, jak je słusznie nazywają Gottstein i Martius. Raz usposobienie ustroju może być większe do pewnej choroby zakaźnej, drugi raz mniejsze; raz drobnoustrój może być więcej jadowity, drugi raz mniej jadowity. Wynika stąd, że jeśli usposobienie ustroju do pewnej choroby zakaźnej równa się w przybliżeniu zeru, to nawet bardzo jadowity drobnoustrój nie wywoła choroby i naodwrót, nawet bardzo mało jadowity drobnoustrój może wywołać chorobę, gdy organizm posiada bardzo wielkie usposobienie do tej choroby. Stąd wniosek prosty, że nie każde zakażenie drobnoustrojami jadowitymi musi koniecznie prowadzić do choroby zakaźnej, że przeto należy odróżniać zakażenie od choroby zakaźnej. Zakażeniem nazywamy znajdowanie się w głębi ustroju, w tkankach, lub sokach jego, drobnoustrojów, bez względu na to, czy prowadzą one do choroby, lub nie.

Z tych dwóch koniecznych warunków choroby zakaźnej, o których wyżej była mowa, patologowie nowszej daty nie zawsze zdawali sobie sprawę, choć jeszcze w XVIII stuleciu taki Hufeland dokładnie je rozróżniał. Ale najwyraźniej sformułował znaczenie samego ustroju w patogenezie chorób zakaźnych nasz wielki fizyolog, a zarazem bystry lekarz, Jędrzej Śniadecki. „Oto, mówi Śniadecki, że jak w grunt rzucone ziarno nie zawsze wschodzi i nie zawsze bujny płód wydaje; tak zaraza potrzebuje szczególnym, ale dotąd nieopisanym sposobem przysposobionego ciała, aby się przyjęła i aby mocną wzbudziła chorobę.“ W innem miejscu podobne zdanie wygłasza: „zaraza nie w każdem ciele wzbudzi chorobę, ale także potrzebuje pomocy zewnętrznych i usposobienia właściwego.“ Pod temi zdaniami mógłby się i dziś podpisać bez zastrzeżenia każdy patolog i słuszniejby uczynił, niż przyjmując zapatrywania zwolenników kierunku skrajnie bakteryologicznego w patologii.

W końcu dodam kilka uwag z punktu widzenia patologii ogólnej*) o najnowszej teoryi Behringa (4, 5, 6) powstawania gruźlicy, gdyż teorya głośnego uczonego niemieckiego nie zgadza się z wynikami wyżej omówionych badań pracowników krakowskiego Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej.

Behring, opierając się na pracy Naegelego i doświadczeniach Franza, zgadza się z często przytaczanem zdaniem: „Ein bischen tuberkulös ist jeder von uns“. W odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób następuje zakażenie gruźlicą, mówi Behring, iż „odkrył nowe prawo“, streszczające się w słowach następujących: głównem źródłem powstawania gruźlicy jest mleko, którem karmi się niemowlęta. Ale bynajmniej nie złe mleko jest tu winne, lecz inna okoliczność, a mianowicie, że osesek ludzki na równi z oseskami wszystkich zwierząt nie posiada w przewodzie pokarmowym narządów, które chronią w warunkach prawidłowych soki tkankowe osobników dorosłych od wnikania do nich drobnoustrojów.

Zarazki gruźlicze, zdaniem Behringa, mogą przebywać w zakażonym ustroju miesiące, lata — ba, dzie-

*) »Przy odżywianiu organizmu, powiada Hoyer, nie wzmacniamy go, przy stosowaniu lekarstw nie leczymy, a bakterye nie wywołują choroby, lecz wszystkie te czynniki wyzwalają tylko samodzielne czynności organizmu, energię potencyalną, właściwą każdemu narządowi, każdej komórce.«

*) »Beide Momente gehören untrennbar zusammen und deshalb ist weder die kranke Zelle noch der Parasit allein das angeblich gefundene eus morbi.«

*) Z punktu widzenia przeważnie anatomii patologicznej zrobili już teoryi Behringa zarzuty Kimla (34) i Ciechanowski (17).

siątki lat, zanim zakażenie doprowadzi do widocznej choroby.

Nie tylko w wieku niemowlęcym, lecz i w późniejszych okresach życia, może nastąpić zakażenie gruźlicą z przewodu pokarmowego, ale do tego potrzeba albo nadzwyczaj dużych dawek, albo zmian chorobnych w przewodzie pokarmowym.

Swoją „naukę“ o łatwej przepuszczalności przewodu pokarmowego dla drobnoustrojów, zwłaszcza dla zarazków gruźliczych, opiera Behring przeważnie na pracach Dissego ([19]), Gmelina ([26]) i na swoich własnych doświadczeniach.

Dla dokładniejszej oceny teoryi Behringa należy przedewszystkiem poddać rozbiorowi podstawy, na których oparł on swą teoryę.

Disse, zbadawszy mikroskopowo błonę śluzową żołądka 10-ciomiesięcznego płodu ludzkiego, oraz błony śluzowe żołądka zwierząt młodych i starszych, przyszedł do wniosku, że u zwierząt starszych komórki błony śluzowej składają się z dwóch warstw: jednej śluzowej, zwróconej do jamy żołądka i drugiej protoplasmatycznej, zawierającej jądro. Grubość warstwy śluzowej wynosi mniej więcej połowę wysokości komórki. U płodów i noworodków niema jednolitej warstwy śluzowej, natomiast są tylko kulki śluzowe, nie wypełniające całej wierzchniej warstwy komórki. Zdaniem Dissego tej to właśnie okoliczności należy przypisać, że antytoksyny i drobnoustroje przechodzą przez błonę śluzową żołądka zwierząt młodych, a mianowicie przez protoplasmę, otaczającą kulki śluzowe.

Opierając się na tej pracy Dissego, oraz na badaniach Gmelina, przychodzi Behring do przekonania, że błona śluzowa jelit noworodków i osesków w pierwszych tygodniach życia dla tego łatwo przepuszcza drobnoustroje, że jest pozbawiona narządu ochronnego, mianowicie jednolitej warstwy śluzowej w komórkach nabłonkowych, oraz dla tego, że nie wytwarza jeszcze zabójczo działających na drobnoustroje fermentów.

Na takie pojmowanie rzeczy i na wysnuwanie takich wniosków z prac Dissego i Gmelina żadną miarą zgodzić się nie można.

Disse nie twierdzi wcale w pracy swojej, że błona śluzowa jelit noworodków różni się w swej budowie od błony śluzowej zwierząt dorosłych. Owszem mówi on wyraźnie: „Die Darmschleimhaut neugeborner Thiere dagegen gleicht schon der des Erwachsenen“. A skoro tak, to błona śluzowa jelit noworodków nie przepuszcza drobnoustrojów, gdyż według Dissego i Behringa nie przepuszcza ich błona śluzowa jelit zwierząt dorosłych, posiadająca taką samą budowę, jak błona śluzowa jelit noworodków. Tymczasem Behring, powołując się na pracę Dissego, przypisuje błonie śluzowej jelit noworodków takie własności, które według Dissego są własnościami tylko błony śluzowej żołądka.

Wogóle przytoczone wyżej badania Dissego mogłyby mieć w zajmującej nas sprawie wtedy znaczenie, gdyby Disse dowiódł, iż wchłanianie drobnoustrojów odbywa się w żołądku i tylko w żołądku; tymczasem badania Dobroklonskiego ([20]) przemawiają za tem, iż rzeczone wchłanianie odbywa się w jelicie.

Rozprawa Gmelina także bynajmniej nie przemawia za teoryą Behringa.

Gmelin wykazał, iż sok żołądkowy szczeniąt w ciągu kilkunastu pierwszych dni po urodzeniu nie zawiera ani pepsyny, ani fermentu podpuszczkowego, ani kwasu solnego, natomiast kwas mlekowy. Nie wiadomo, jakie bakteryobójcze fermenty ma na myśli Behring, gdyż sok żołądkowy, jak to wykazali Straus i Wurtz, zawdzięcza swe własności zabójcze dla drobnoustrojów jedynie kwasowi solnemu, że przeto „fermenty“ nie odgrywają tu żadnej roli. Wprawdzie sok żołądkowy nowonarodzonych szczeniąt nie posiada kwasu solnego, lecz posiada kwas mlekowy, który także zabójczo działa na drobnoustroje, choć w stopniu słabszym, niż kwas solny. Zresztą trawienie żołądkowe u noworodków odgrywa bodaj bardzo małą rolę, gdyż płynny pokarm w żołądku przebywa nader krótko. Gdy Gmelin zabijał szczenięta natychmiast po odjęciu od sutka, sądząc, że wtedy żołądek będzie napełniony mlekiem, ku swemu zdziwieniu nie znajdował w żołądku, jak tylko nieznaczną ilość mleka, natomiast sporo w dwunastnicy.

Nie godzi się także o tem zapominać, że sok żołądkowy nie posiada bynajmniej własności odkażających w wybitnym stopniu, zwłaszcza jeśli jest rozcieńczony pokarmem. Niejednokrotnie podczas swych doświadczeń miałem sposobność przekonać się, że drobnoustroje, wprowadzone do żołądka, psów i innych zwierząt, przechodziły do jelit w stanie zdolnym do rozmnażania się. Jeśli przeto sok żołądkowy psów, który według rozbioru Simanowskiej ([61]) zawiera wielkie stosunkowo ilości kwasu solnego, bo od 0,46 do 0,58%, nie jest w stanie zabić drobnoustrojów, wprowadzonych z jadłem do żołądka, to tembardziej nie jest w stanie uczynić tego sok żołądkowy ludzi, zawierający tylko 0,17% (0,05% — 0,3%) kwasu solnego.

Słowem, powoływanie się Behringa na brak fermentów, działających zabójczo na drobnoustroje w celu poparcia teoryi o przepuszczalności błony śluzowej przewodu pokarmowego noworodków i osobników, które nie przekroczyły kilku tygodni życia, nie jest zbyt przekonywającem

(Dok. nast.)

IV. Wyciągi.

Cyplajew. **Wpływ naparstnicy na ciśnienie krwi u chorych sercowych w okresie zaburzeń wyrównania.** *(Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1903). Autor badał w klinice prof. Janowskiego stan ciśnienia krwi u 25 chorych sercowych w okresie zaburzeń wyrównania zapomocą przyrządu Riva-Rocci w tętnicy ramiennej, Gegerstedta w t. sprychowej, Gärtnera w tętnicach drobnych, Bascha w naczyniach włosowatych, wreszcie zapomocą udoskonalonego przez siebie przyrządu Freya dla żył, i przyszedł do wniosków następujących: 1) u chorych sercowych w okresie niewyrównania naparstnica już od pierwszej doby podnosi ciśnienie w tętnicach; ciśnienie tętnicze w przypadkach z pomyślnem działaniem leku, doszedłszy najwyższego stopnia, zaczyna powoli spadać do stopy niższej od pierwotnej, niezależnie od tego, czy chory zażywa w dalszym ciągu naparstnicę, czy nie; obniżenie ciśnienia zawsze bywa poprzedzane przez zwiększenie pierwotnej różnicy między ciśnieniem w naczyniach włosowatych i w żyłach i przez zwiększenie moczenia, które idzie zawsze równolegle z tą różnicą; 2) różnica między ciśnieniem włosowatem i żylnem dochodzi w przypadkach pomyślnego działania naparstnicy do najwyższego stopnia, najczęściej jednocześnie z okresem najwyższego ciśnienia tętniczego, następnie zaś obniża się, lecz nigdy nie spada niżej pierwotnej; w przypadkach niepomyślnego działania naparstnicy nie spostrze-

gał autor zwiększenia różnicy w ciśnieniu włosowatem i żylnem; 3) skutecznego działania naparstnicy nie można tłómaczyć jedynie z punktu widzenia własności jej podnoszenia ciśnienia krwi; 4) ciśnienie krwi w tętnicach u chorych sercowych w okresie zaburzeń wyrównania jest zwiększonem, różnica zaś w ciśnieniu włosowatem i żylnem przeciwnie obniżoną. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Voigt. **Stosowanie i działanie adrenaliny u chorych.** (*Münchener med. Wochenschrift.* Nr. 15). Dwa silne bardzo krwotoki płucne powstrzymał autor zapomocą wstrzyknięcia rozczynu adrenaliny 1/1000 — 1—2 sz. ctm. W jednym przypadku dawkę powtórzył drugiego dnia, w drugim już po 5 minutach krwawienie ustąpiło. W obydwóch przypadkach po wstrzyknięciu wystąpiła bladość twarzy i silne bicie serca; przypadłości te po 5 minutach ustąpiły. Przed wstrzyknięciem adrenaliny krwawienia nie można było powstrzymać żadnym z dotychczas używanych sposobów.

J. Opolski.

Freund. **Doszczętne wyleczenie wilka i próchnienia kości zapomocą promieni Roentgena.** (*Wien. klin. therap. Wochenschrift,* 1904, Nr. 9). Autor leczył przez jeden rok (60 posiedzeń) chorą na wilka twarzy promieniami Roentgena z pomyślnym wynikiem: powierzchnie owrzodziałe dały piękne, białe, gładkie blizny, guzki poznikały; obecnie już mija dwa lata, a u chorej, bardzo pilnie obserwowanej, niema śladów nawrotu. Sposób leczenia, podany przez autora, polega na tem, że wywołuje się lekki odczyn przez łagodne naświetlanie; po wystąpieniu pierwszych objawów odczynu (np. zaczerwienienia) przestaje się naświetlać i to nie tylko tak długo, jak długo trwają objawy odczynu, ale i jakiś czas potem. Robi to autor z powodu spostrzeżenia, że naświetlanie promieniami Roentgena pobudza do prawidłowego procesu gojenia, a gojenie samo dalej już postępuje. W przypadku tym leczył autor także próchnienie kości palca u ręki naświetlaniem, będąc tego zdania, że długotrwające przekrwienie, wywołane naświetlaniem, działa prawdopodobnie w podobny sposób, jak zastoina Biera. Naświetlanie palca trwało rok cały, przetoki się zagoiły i zabliźniły. Także zmiany zanogcicowe znikły po wyleczeniu palca. Przypadek ten świadczy o korzyści naświetlania małych, powierzchownie położonych ognisk próchnienia kości i może znaleźć zastosowanie w przypadkach, gdzie zachowawcze leczenie może być przeprowadzone. *B. Żmigród.*

Prof. Czystowicz. **Leczenie róży zapomocą drożdży piwnych.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii,* 1903, Nr. 5, t. VI). Czystowicz stosował leczenie róży drożdżami piwnymi w 28 przypadkach, w tej liczbie było 25 przypadków róży twarzy i owłosionej części głowy, jeden okolicy pośladkowej, lędźwiowej i grzbietowej, jeden kończyny dolnej, wreszcie jeden przypadek przedstawiał różę pooperacyjną, która, zacząwszy się w lewej okolicy biodrowej, przeszła na mosznę. Niektóre z tych przypadków były ciężkie. Przy stosowaniu drożdży w pierwszych 3 dniach przekrwienie zapalne zwykle szerzyło się dalej; pierwszą pomyślną oznakę stanowiło obniżenie ciepłoty, czasami szybkie, czasami zaś stopniowe; następnie szerzenie się róży ustawało, zajęte przez nią miejsca bladły, obrzmienie zapalne znikało i rozpoczynało się łuszczenie; wogóle Cz. był zadowolniony z tego sposobu leczenia. Przeprowadzało się ono w ten sposób, że chorzy zażywali 3 razy dziennie świeże drożdże piwne po łyżce stołowej, a dzieci po łyżeczce od kawy, zwykle w piwie; oprócz tego stosowano kąpiele 35° C. i smarowanie zajętych części oliwą.

Witold Orłowski (Ptbg).

Polifow. **Przemiana materyi we wczesnych okresach życia ustroju zwierzęcego.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii,* 1903, t. VII, Nr. 4). Badając w pracowni prof. Albickiego (Petersburg) na szczeniętach, królikach i kotach przemianę materyi, przekonał się P., że 1) nowonarodzone zwierzę w pierwszych 10—12 godzinach życia wchłania tlenu znacznie mniej, niż go wydziela w postaci CO^2, wskutek czego równoważnik oddechowy $\frac{CO}{O}$ przewyższa 1; 2) po tym okresie następuje okres znacznego wchłaniania tlenu, wskutek czego równoważnik oddechowy przedstawia się znacznie niżej 1, czem się różni od liczby, zwykłej dla dorosłych zwierząt; 3) w dniach następnych (2, 3 itd.) ilość zużywanego tlenu przewyższa ilość tlenu, wchłanianego przez zwierzę dojrzałe, prawie o 5 razy; 4) ciepłota ma ten wpływ na równoważnik u noworodków, że ochładzanie podnosi zużywanie tlenu; 5) ilość CO^2, wydalanego przez oddychanie, zaczynając już od pierwszych godzin życia, jest większą, niż u dorosłych zwierząt; 6) ilość wody, wydalonej podczas oddychania u noworodków, jest znacznie większą, niż u zwierząt dorosłych, w pierwszych godzinach życia prawie o 4 razy, w czasie późniejszym o $2^1/_2$—$1^1/_2$ razy; 7) waga ciała zaczyna się podnosić u noworodków bardzo szybko po urodzeniu się; już na 6-ty dzień nowonarodzony królik może wykazać zdwojenie pierwotnej wagi; 8) odkładanie się azotu w tkankach noworodków zaczyna się od pierwszych dni życia, przedstawiając niemniej 60—70% całkowitego N, wprowadzonego do ustroju; 9) mocz noworodków zawiera mało soli mineralnych.

Witold Orłowski (Ptbg).

Hahl. **Studyum kliniczne nad sztucznym porodem przedwczesnym przy wązkich miednicach.** (*Archiv f. Gyn.,* tom 70, zesz. 3). Praca ta opiera się na wynikach spostrzegań 84 przypadków tego rodzaju, których historye porodu dokładnie są podane; 46 razy szło o miednice płaskie (60%), 21 o ogólnie ścieśnione (22·86%), a 17 o ogólnie ścieśnione płaskie (17·14%). Przeciętnie wzniecano poród między 35—36 tygodniem ciąży. Podczas porodu znajdowano płody 60 razy w położeniu czaszkowem (71·44%), 2 razy w czołowem (2·38%), raz w twarzowem (1·19%), 16 razy w miednicowem (19·04%), a 5 razy w poprzecznem (5·95%). Poród odbył się dobrowolnie 25 razy (29·76%), ukończono operacyjnie 59 razy (70·24%). Zupełnie prawidłowy połóg odbyło 77 kobiet (92·79%), a 6 gorączkowało (7·23%), z których jedna umarła (1·19%). Jedna chora umarła z niewytłómaczonych powodów; całkowity więc odsetek śmiertelności wynosiłby 2·38%. Przeciętna waga noworodków wynosiła 2671 grm. Żywo urodziło się 63 płodów (75%), z tych umarło w ciągu pierwszych 2 tygodni 13; wypuszczono więc żywych noworodków 50 (59·52%); według zasięgniętych informacyi przeżyło pierwszy rok życia 42 dzieci, czyli osiągnięto 50% dzieci, które najmniej żyły rok. Najlepsze wyniki dały porody dobrowolne, najgorsze kleszczowe; to też autor radzi tam, gdzie niema widoków na poród dobrowolny, raczej szybko wykonać obrót nóżki, a kleszcze ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie już nie można wykonać obrotu, a poród należy z jakiegokolwiek powodu szybko ukończyć. W celu przekonania się o istotnej wartości sztucznego porodu przedwczesnego przy miednicach wązkich porównywał autor otrzymane wyniki z wynikami porodów u tych samych kobiet, ale przy prawidłowym końcu ciąży i to ostatnie wynosiły tylko 20% żywych płodów. Z metod, służących do wzniecenia porodu, głównie używano wprowadzania świeczek (*bougie*) lub cewnika, balonu Champetier de Ribesa i metody, którą autor gorąco poleca jako prostą i praktyczną: główną częścią składową jest tu cewnik półtwardy; na przednim jego końcu przywiązuje się jedwabiem kondom gumowy lub pęcherz rybi tak, aby otwory cewnika znajdowały się w pęcherzu. Na drugim końcu przymocowuje się odpowiedni kurek metalowy, który, gdy jest zamknięty, nie przepuszcza płynu wypełniającego pęcherz i cewnik. Przed użyciem należy każdą część osobno wyjałowić w ten sposób, że cewnik i kondom po dokładnem wymyciu mydłem i ciepłą wodą wkłada się na kilka godzin do rozczynu sublimatu 1:1000; kurek metalowy gotuje się w rozczynie sody. Bezpośrednio przed użyciem składa się cały przyrząd i zanurza kilkakrotnie do czystego rozczynu sublimatu, poczem, owinąwszy kondom około cewnika, wprowadza się cały przyrząd między jaje i ścianę macicy tak głęboko, aby kurek znajdował się tuż przed wejściem do pochwy; wprowadzenie przyrządu odbywa się pod kontrolą palca lub we wzierniku. Specyalne wyjałowienie pochwy i przewodu szyjki nie jest konieczne; natomiast bardzo ważnem jest odkażenie części rodnych zewnętrznych. Po wprowadzeniu przyrządu wstrzykuje się przez cewnik do kondomu wyjałowiony rozczyn kwasu borowego (100—150 grm.), zakręca kurek i lekko wypełnia pochwę gazą jodoformową. Przeciętnie po 22 godzinach występują silne bóle porodowe, a po 52 godzinach sam poród. W kilku tylko przypadkach metoda ta nie wystarczała i trzeba ją było zastąpić inną.

Dr. E. Ehrenpreis.

Kayser. **O wypadnięciu łożyska prawidłowo usadowionego.** (*Archiv f. Gyn.,* tom 70, zeszyt 3). Stan ten jest tak rzadkiem zjawiskiem, że w całem piśmiennictwie znajdujemy tylko 8 tego rodzaju przypadków opisanych. Różnie tłómaczono sobie powstanie takiego stanu i obwiniano: wystąpienie gwałtownych bólów podczas chodzenia lub stania, śmierć płodu, krótką pępowinę, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego i odpłynięcie wód, urazy; Fehling przyjmuje jako przyczynę zmiany łożyskowe w następstwie zapalenia nerek; Haake sądzi, że zmiany te są natury zapalnej, najczęściej na tle rzeżączkowem; Schäffer wreszcie tłómaczy odklejenie łożyska zatkaniem żył doczesnych oderwanymi kosmkami, wskutek czego ma przyjść do zastoju tętniczego, a wreszcie do pęknięcia przestrzeni międzykosmkowych. Omówiwszy krytycznie wpływ przytoczonych czynników, sądzi autor, że główną, a może jedyną przyczyną wypadnięcia łożyska, usadowionego na prawidłowem miejscu, jeszcze przed urodzeniem się płodu, a więc i przedwcześnie odklejonego, zdają się być zmiany patologiczne na powierzchni przyklejenia się łożyska. Mechanizm wypadnięcia łożyska może być trojaki: albo łożysko zsuwa się na dół dzięki swojej ciężkości, albo całe jaje wraz z błonami dokonywa obrotu, wtenczas i błony na ca-

łej swej przestrzeni muszą być odklejone od ściany macicy, n. p. wskutek krwisteku założyskowego, albo wreszcie tylko łożysko zostaje odklejone, a zsuwając się na dół przy nietkniętym jeszcze pęcherzu płodowym, pociąga za sobą błony i ukazuje się w ujściu macicy swą stroną płodową. Koniecznym warunkiem wypadnięcia jest, że część przodująca płodu musi się znajdować jeszcze nad wchodem miednicy. Co się tyczy obrazu klinicznego, to właściwie nie posiadamy żadnego objawu patognostycznego. Charakterystycznem jednak dla wszystkich dotąd znanych przypadków, w odróżnieniu od łożyska przodującego, jest to, że nigdy nie zauważono krwawień podczas ciąży. Samemu wypadnięciu łożyska również nie koniecznie musi towarzyszyć krwotok zewnętrzny, czy wewnętrzny, tak, że jedynym objawem jakiegoś powikłania porodowego pozostaje tylko powolne zniknięcie tętna płodu, a badając, wyczuwa się w ujściu macicy tkankę łożyskową. Brak krwotoku tłómaczy autor wczesnem wytworzeniem się zakrzepów w naczyniach. Rozpoznanie jest bardzo trudne, bo jeżeli się nawet wyczuwa w ujściu macicy łożysko, myśli się przedewszystkiem o łożysku przodującem, a rozpoznanie różniczkowe między tymi stanami jest w danej chwili prawie niemożliwe. Łatwiej się zoryentować, jeżeli się chorą obserwowało już w ciąży; brak krwotoków w ciąży przemawiałby za wypadnięciem łożyska. Münchmeyer podaje, że przy łożysku przodującem występuje często śmierć płodu już w ciąży; przy prawidłowo zaś usadowionem dopiero z chwilą jego odklejenia się; nadto łożysko takie wypada zwykle stroną płodową, przy przodującem zaś jest wyczuwalna strona matczyna. Kleinwächter zwrócił uwagę, że łożysko wypadnięte jest ruchome, przodujące zaś nie daje się przy badaniu przesuwać. Pewną wartość rozpoznawczą przypisują jeszcze i tej okoliczności, jeżeli po kilkakrotnem badaniu wyczuwa się tkankę łożyskową tam, gdzie się jej przedtem nie czuło. Dla praktyka wszystkie te objawy, bądź co bądź niepewne, tem mniejsze mają znaczenie, o ile się go wzywa dopiero w chwili porodu lub niebezpieczeństwa. Rokowanie dla płodu jest bezwzględnie złe, szczególnie w przypadkach, w których niema krwotoku. Jeżeli bowiem wystąpi krwotok, wówczas jesteśmy zmuszeni do natychmiastowego działania i przy nader korzystnych warunkach (zupełne rozwarcie ujścia macicy) możemy jeszcze wydostać płód żywy. Dla matki rokowanie jest względnie dobre. Przy leczeniu należy w ogólności, jeżeli płód nie żyje i niema wielkiego krwotoku, zachowywać się wyczekująco; jeżeli płód żyje, powinniśmy się starać poród szybko ukończyć. Ze względu jednak na to, że życie płodu bardzo jest narażone, nie trzeba się nigdy kusić o zabiegi, któreby mogły mieć groźne następstwa dla matki. Autor radzi w każdym podejrzanym przypadku, znać dokładnie wymiary miednicy, aby mieć zawsze jasny obraz położenia i w danej chwili wiedzieć, jak przystąpić do szybkiego rozwiązania. Przy wązkich miednicach należy stanowczo unikać obrotu. W przypadkach takich, w razie krwotoku, raczej należy wykonać wymóżdżenie na płodzie żyjącym. Leczenie więc łożyska wypadniętego zupełnie jest inne, niż przy łożysku przodującem i już z tego względu byłoby ważną rzeczą przez dalsze spostrzeżenia dojść do ścisłego rozpoznania różniczkowego między obu stanami. W końcu podaje autor historyę porodu przypadku, przez siebie spostrzeganego, w którym wypadnięcie, rozpoznane niestety dopiero przy sekcyi, a przytem powikłane wązką miednicą, leczone było jako łożysko przodujące. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Damskaja i Sołowjew. **Przypadek ostrej niedrożności jelit wyleczony zapomocą podskórnych wstrzykiwań atropiny.** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1904, Nr. 1). Autorowie opisują przypadek ostrej niedrożności jelit, która wystąpiła u 45-letniego robotnika w następstwie dźwignięcia ciężaru. Na trzeci dzień D. i S. stwierdzili nawpółprzytomny stan chorego, ogólne osłabienie, zapadnięcie oczu, osłabienie głosu, tętno prawie niemacalne, gnilną woń z jamy ustnej, wzdęcie brzucha, zwłaszcza w okolicy nadbrzusznej i wybitne ruchy robaczkowe jelit; wypróżnienia i wiatry nie odchodziły. Olejek rącznikowy i lawatywy wysokie pozostały bez skutku. Wymioty przybrały wkrótce woń kałową; na 4 dzień wystąpił typowy obraz wejrzenia Hippokratesowego. Wobec odrzucenia przez chorego operacyi uchwalono zastosować 0,003 atropiny podskórnie, jednocześnie z kamforą i eterem. Po upływie godziny wymioty ustały i chory usnął. W 3 godziny po wstrzyknięciu stan chorego przedstawiał się znacznie lepszym, tętno stało się macalne, 100 na 1'; sinica się zmniejszyła wyraźnie. Wysokie lawatywy z wody mydlanej nie przyniosły skutku. W 5 godzin po wstrzyknięciu, wobec nowego pogorszenia stanu chorego, wstrzyknięto znowu 0,003 atropiny. W 2 godziny po wstrzyknięciu odeszły wiatry, a w 6 godzin nastąpiło obfite wypróżnienie. Chory wyzdrowiał.

Witold Orłowski (Ptbg).

Kołosow. **W sprawie zmian w ciśnieniu krwi u chorych sercowych z zaburzeniem wyrównania pod wpływem gorzykwiatu.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1903). Na podstawie spostrzeżeń, dokonanych w klinice prof. Janowskiego na 28 chorych z zaburzeniem wyrównania, przyszedł K. do wniosku, że gorzykwiat w jednych przypadkach podnosi ciśnienie krwi, w drugich zaś obniża go po pierwotnem zwiększeniu; w przypadkach z obniżeniem ciśnienia wzmaga się jednocześnie moczenie i obniża się waga ciała. Podniesienie ciśnienia po gorzykwiecie występuje zwykle na 2-gi dzień po jego użyciu i dochodzi do najwyższego stopnia na trzeci, jeśli dawka wynosi 6,0—8,0 na 200,0. Podniesienie ciśnienia nie przekracza granic fizyologicznych wahań; przeciwnie, obniżenie ciśnienia podczas wsysania się obrzęków od gorzykwiata może być bardzo znacznem (do 60 mlm.). W przypadkach bezskutecznego działania leku na serce i czynność nerek K. nie spostrzegał obniżenia ciśnienia krwi po pierwotnem wzmożeniu. W przypadkach pomyślnych występuje wybitne zwiększenie ciśnienia włosowatego i obniżenie ciśnienia żylnego.

Witold Orłowski (Ptbg).

Krenicki. **W sprawie przyswajania azotu i tłuszczów z pokarmu w** *achylia gastrica*, **oraz wpływ naturalnego soku żołądkowego na wymienione przyswajanie.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 7). K. badał przyswajanie N i tłuszczów u dwóch chorych, dotkniętych *achylia gastrica*. Okazało się, że N pokarmów mlecznych przyswaja się dobrze przy zachowaniu czynności jelit; azot mięsa przeciwnie przyswaja się w niedostatecznym stopniu. W tych samych warunkach przyswajają się dobrze tłuszcze, jeżeli badany pozostaje na dyecie mlecznej; zachowania się ustroju względem tłuszczów przy dyecie mięsnej nie badano. Jeśli *achylia gastrica* przebiega z biegunką, to azot mleka przyswaja się niedostatecznie; wymiana zaś tłuszczów nie ulega w tych warunkach wybitniejszym zmianom. Podawanie badanym soku żołądkowego, otrzymanego z psa, podnosi wymianę azotową. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Prof. Szczerbak. **Znaczenie cianki ludzkiej (trichocephalus dispar) w etyologii chorób nerwowych.** (*Russkij Wracz*, 1904, Nr. 7). Prof. Szczerbak podaje własne spostrzeżenia, które przemawiają za zależnością niektórych chorób nerwowych od obecności w przewodzie pokarmowym cianki ludzkiej. Podobnych przypadków miał Sz. 200; dłużej i szczegółowiej zbadał 11, mianowicie: 2 przypadki padaczki, 1 — macinnictwa, 2 — nawykowych bolów głowy 1 — pląsawicy połowiczej, 2 — ciężkiej neurastenii, wreszcie, w 2 przypadkach spostrzegał autor ciężką postać niedokrwności i w jednym objawy znacznych zaburzeń jelitowych. Jako środek leczniczy zachwala Sz. tymol w dużych dawkach.

Witold Orłowski (Ptbg).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Urstein. **Doświadczenia kliniczne z „izopralem“ lekiem nasennym.** (*Therapie d. Gegenwart*, Nr. 2). Izopral (*trichlorisopropylalkohol*) występuje w postaci kryształków, rozpuszczających się w wodzie, alkoholu i eterze. Smak posiada ostry. Szybko ulega wessaniu, bo już po $^1/_4$—$^1/_2$ godzinie. Dawka: 0.5—0.75, a wyjątkowo 2.0; sen spokojny trwa 6—9 godzin. Autor podawał izopral chorym, cierpiącym na bezsenność, zawsze z bardzo dobrym skutkiem; umysłowo chorzy zasypiali po tym leku znacznie później i spali krótko. Następstw żadnych po izopralu U. nie zauważył.

J. Opolski.

M. Fischer. **Błękit metylenowy dla celów rozpoznawczych w chorobach dróg moczowych.** (*Münchener mediz. Wochenschrift*, Nr. 14). Błękit metylenowy, podany na wewnątrz w dawce 0.1 lub podskórnie 0.05 w roczczynie wodnym, barwi mocz na niebiesko. Autor w 2 godziny przed cystoskopowaniem podaje na wewnątrz 0.5 błękitu metylenowego. Przy zabarwieniu niebieskiem wypływającego z moczowodów moczu bardzo łatwo odnaleźć można ich ujście. Po przepłókaniu pęcherza zawsze resztki błękitu pozostają w nierównościach i teraz bardzo łatwo można dostrzedz, czy mamy do czynienia z ciałem obcem, czy owrzodzeniem lub nowotworem. *J. Opolski.*

P. Müller. **Salit, nowy ester kwasu salicylowego do wprowadzenia przez skórę.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 15). Salit przedstawia się jako płyn oleisty, łatwo rozpuszczalny w alkoholu, eterze i oliwie. W celu leczniczym używa się pół na pół z oliwą i wciera dwa razy dziennie w ilości pół łyżeczki, poczem miejsca natarte należy pokryć watą. Wskazania są te same, co dla przetworów salicylowych wogóle. W świeżych przypadkach autor miał wyniki bardzo dobre. Salit działa dobrze i tam, gdzie już przetwory salicylowe skutku nie przyniosły. Czasami występuje

lekkie podrażnienie skóry; raz nawet zauważył autor wyprysk świerzbiący na całem ciele, który trwał przez dłuższy czas. *J. Opolski.*

Seiffert. **Wykonanie nakłucia lędźwiowego w mocznicy.** (*Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 10). Podczas epidemii płonicy w Neidenburgu znaczna była śmiertelność wskutek mocznicy i silnych następowych drgawek. Autor robił nakłucie lędźwiowe i ile razy je wykonał, zawsze choroba kończyła się pomyślnie Podobny zabieg, jak przy mocznicy, uskuteczniał i podczas silnych drgawek, również z dobrym skutkiem. Nakłucie wykonywał w pozycyi leżącej na bok, między kręgiem 12 piersiowym, a pierwszym lędźwiowym; używał igły długości 10 ctm. Skoro ukazała się kropla płynu, zakładał dopiero strzykawkę i wyciągał do 50 grm. cieczy. W ciężkich nawet przypadkach mocznicy wracała świadomość już w pół godziny po nakłuciu. *J. Opolski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 kwietnia 1904 r.

Przewodniczący: R. Dw. Prof. Rydygier. Obecnych: 30.

I. Przyjęto na członka zwyczajnego T. l. lw. Dra Eugeniusza Dolińskiego.

II. Kol. Dr. K. Wilczek przedstawia chorego po trepanacyi. U mężczyzny dorosłego występują od pół roku napadowo bole głowy w okolicy ciemieniowo-skroniowej. Bole te z czasem przybrały znacznie tak co do częstości, jak i co do nasilenia. Pod koniec przykuły chorego na stałe do łóżka. Z czasem przyłączyły się objawy padaczki Jacksonowskiej. Kurcze ograniczały się do mięśni ramienia lewego. mięśni karku i gałek ocznych. Podczas napadu głowa i gałki oczne zwracają się ku stronie lewej, chory traci przytomność, a tętno wolnieje do 40 uderzeń na minutę. Badanie wziernikiem dna oka lewego wykazało zapalenie nerwu ocznego, na prawem zaś tarczę zastoinową z wybroczynami. W szczytach płuc stwierdzono wyraźną gruźlicę. Gdy wreszcie wystąpiła śpiączka, napady padaczkowe co do liczby znacznie się wzmogły, a wezwany do narady kol. Feuerstein oznaczył miejsce rozpoznawanego guza mózgu w okolicy płatu czołowego prawego, jakkolwiek nie można było wykluczyć umiejscowienia jego w móżdżku, przystąpił W. do otwarcia czaszki ponad wskazaną okolicą, znieczuliwszy poprzednio części miękkie sposobem Haidenheina. Jednak ani w oponach, ani też po ich przecięciu w mózgu nie zdołał W. odszukać rozpoznawanego guza, jakkolwiek badał nietylko palcem, ale i igłą. Wówczas opony zeszył, a płat skórno-okostnowo-kostny odprowadził, wyciąwszy poprzednio w kości otwór wielkości guldena. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a od chwili operacyi (wykonanej przed 6-ma tygodniami) bole głowy i napady padaczkowe znikły bezpowrotnie; utrzymuje się jedynie niedowładny chód, który nie pozwala choremu chodzić. W końcu na podstawie doświadczenia, nabytego w opisanym dopiero co przypadku, jak niemniej na podstawie kilku innych, prelegent zaleca gorąco sposób znieczulania miejscowego, podany przez Haidenheina. Sposób ten polega na podskórnem wzgl. podokostnowem wstrzykiwaniu 0·5% rozczynu kokainy z dodatkiem 1‰ rozczynu adrenaliny w stosunku $1\frac{1}{2}$ kropli adrenaliny na 1 sz. ctm. $\frac{1}{2}$% rozczynu kokainy.

W dyskusyi zwrócił uwagę kol. Feuerstein, że przed operacyą oznaczenie miejsca guza natrafiało na ogromne trudności. Umiejscowiano tylko z pewnem prawdopodobieństwem. Dziś, po kilku tygodniach obraz chorobowy nieco się wyjaśnił: stwierdzamy wcale wyraźną niezborność móżdżkową z upadaniem chorego na stronę prawą, skutkiem tego dziś z wielkiem prawdopodobieństwem rozpoznawałby guz móżdżku.

III. Kolega Dr. Uhma zawiadamia, że firma „Mikolasch i Spółka“ wyrabia i pakuje w tutki cynowe jałową masę liposoku tragankowego (*gummi tragacanthae*) z roztworem kwasu karbolowego $1\frac{1}{2}$%, służącą do smarowania wzierników i zgłębników. Masa ta w tutkach i papierze pergaminowym wyjaławiana idzie w sprzedaż w takiej cenie, by aptekarzom nie opłaciło się wyrabiać jej na własną rękę. Ujęcie sprawy przez jedną firmę wydaje się mowcy wskazanem, by zapewnić nietylko dobroć wyrobu, ale i wyjaławiania Przepis pierwotny Oskara Krausa został zmieniony, bo użycie 3% roztworu karbolowego, — jak chciał Kraus, — powoduje u kobiet silne pieczenie, a u niektórych mężczyzn znieczulenie cewki, mogąc być powodem niemiłych niespodzianek.

IV. Kol. Dr. W. D. Moraczewski: *Fosfaturya i kwasota moczu.* Przy badaniu moczu w przypadku typowej fosfaturyi zauważył prelegent, że ilość jonów metalicznych przewyższa ilość jonów kwasowych, albo że się od ich ilości tylko nieznacznie różni. Ponieważ skaza moczanowa i fosfaturya wydały się prelegentowi cierpieniami pokrewnemi mimo pozornego przeciwieństwa, rozciągnął on badania swoje na przypadki tak zwanej „kwasoty moczu“ i przekonał się, że i tu ilość jonów zasadowych zbliża się do ilości jonów kwaśnych. Podawanie zasad w jednym i drugim przypadku doprowadziło do powiększenia jonów kwaśnych w znacznie wyższym stopniu, niż jonów zasadowych. Stosunek tedy staje się więcej prawidłowy Mocz ludzi zdrowych ma znacznie więcej jonów kwaśnych, niż zasadowych. Zakwaszenie soków ustroju przejawia się obfitszem wydzieleniem zasad — (znanem było obfitsze wydzielenie amoniaku w przypadku zakwaszenia ustroju). — W skazach moczanowej, fosforanowej i t. d. ustrój traci zatem zasady i przez podawanie zasad wraca do stanu prawidłowego. Wyniki analityczne potwierdzają to, do czego dawno prowadziło doświadczenie: 1) że fosfaturya i skaza moczanowa są pokrewne; 2) że leczą się podawaniem zasad, które wpływają na powiększenie kwasoty moczu i unormowanie stosunków kwasów do zasad; 3) prawidłowy mocz ma stosunkowo mniej zasad, niż kwaśny.

W ożywionej dyskusyi po wykładzie kol. Dra Moraczewskiego zabierali głos: koll. Wiczkowski, Uhma, Feuerstein i Panek, którym prelegent odpowiedział.

V. Kol. Dr. T. Praschil wyłożył rzecz: *„O wpływie »Naftusi“ na przemianę materyi w skazie moczanowej“*, opierając swe wnioski na ścisłej obserwacyi 2 ludzi zdrowych, 2 dotkniętych skazą moczanową i 1 moczówką cukrową. (Wykład ten w całości ogłoszonym będzie w „Przegl. lek.“).

W dyskusyi podnosi kol. W. Moraczewski, iż z tablic przedstawionych przez prelegenta wynika, że kwas szczawiowy jest niewątpliwie wytworem tkanek. Nie zgadza się zaś z prelegentem o tyle, że nie może uznać liczb, określających zachowanie się mocznika, za dokładną miarę przemiany materyi, ponieważ do dziś nie posiadamy dość ścisłej metody do oznaczania mocznika.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że posługiwał się przy oznaczaniu mocznika powszechnie używaną metodą Mörnera-Ljogvista (codziennie podwójne oznaczenia), a otrzymane stąd względne ilości uważa za zupełnie celowi odpowiadające. Zresztą badań swoich nie uważa wcale za skończone i zachęca innych do ich powtórzenia.

VI. Kol. Dr. W. Reis przedstawia wynik badania anatomiczno-patologicznego gałek ocznych, wyjętych po śmierci u osobnika, liczącego lat 19, u którego, po miejscowem zakażeniu drobnoustrojami ropnymi na wardze górnej, nastąpiło obustronne rozlane zapalenie ropne całej twarzy, oczodołów i ogólne zakażenie ustroju Z protokołu sekcyjnego obok zmian cechujących ropnico-posocznicę, zasługują na uwagę zakrzepy ropne w zatoce jamistej i splocie żylnym na podstawie czaszki, oraz liczne zatory ropne w narządach wewnętrznych. Badanie bakteryologiczne krwi i ropy wykazało paciorkowce i łańcuszkowce.

Na krótki czas przed śmiercią chory utracił poczucie światła na obu oczach. Rogówka lekko tylko była zmętniała i dozwalała jeszcze oglądać czerwony odblask dna oka. Zmiany ropne w narządach wewnętrznych pozwalały się domyślać, że zatory ropne w naczyniach włosowatych siatkówki stały się także przyczyną przerzutowego zapalenia oka i następowej utraty wzroku. Tymczasem badanie drobnowidowe wykazało układ naczyniowy siatkówki wraz z naczyniami środkowemi zupełnie nietknięty, natomiast, jako najgłówniejszą zmianę w układzie nerwowym, ogniska ropne w obu nerwach ocznych, zajmujące całą połowę blaszki sitowej. Powstanie tych ognisk ropnych w blaszce sitowatej nerwu wzrokowego tłómaczy prelegent stosunkami anatomicznymi w układzie żylnym tej części oka. Liczne anastomozy żylne z układem naczyniowym jagodówki, twardówki i tkanki oczodołowej umożliwiły także i w blaszce sitowej nerwu ocznego powstanie zakrzepu bakteryjnego i następowego ropienia.

Wobec nadzwyczaj skąpych badań anatomicznych oczu w przypadkach ropówki oczodołowej, przypadek ten tem większego nabiera znaczenia, że stwierdza badaniem anatomicznem nieznane dotychczas powikłanie w narządzie wzrokowym, które stało się bezpośrednią przyczyną utraty wzroku w przebiegu ropówki oczodołu.

W dyskusyi przemawiali: koll. F. Obtułowicz i L. Rydygier (przypominając, że czyraki na wardze górnej mają w chirurgii od

dawna już ustaloną bardzo złą reputacyę) i kol. A. Bednarski (podnosząc wysoką wartość obserwacyi prelegenta).

Dr. Herman, sekretarz doroczny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 20 kwietnia 1904 r.

Przewodniczy kol. prof. Nowak. Obecnych członków 35.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. Łepkowski podał krótkie sprawozdanie z dotychczasowej sześciomiesięcznej czynności »Ambulatoryum dentystycznego« Uniw. Jagiell., zaznaczając przytem, że miarą wysokości naukowej i kulturalnej każdego w tym rodzaju zakładu jest liczba zębów, leczonych zachowawczo, nie zaś liczba wykonanych ekstracyi. Że „Ambulatoryum" istotnie uwzględniało te wymagania, dowodzi tego statystyka, która wykazuje, że zrobiono dotychczas przeszło 1100 plomb, ekstrakcyi zaś 840 u 1000 pacyentów wogóle.

III. Kol. doc. Łepkowski wygłosił zapowiedziany odczyt: »O replantacyach, transplantacyach i implantacyach zębów«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Ryszard Urbanik, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 maja.

* *Redakcya „Nowin lekarskich" ogłasza w Nrze 5 następującą odezwę:*

W roku bieżącym przystąpimy, zachęceni w niemałej mierze, przez kol. Wrzoska, z Krakowa, do wydawnictwa Biblioteki dzieł znakomitych lekarzy i przyrodników polskich. Dzieła ich wyborowe, zajmujące w Panteonie nauk niepoślednie miejsce, nie straciły dotąd ze swej wartości naukowej I dzisiaj jeszcze przynieść nam one mogą wiele korzyści i wiedzy. Z dzieł tych może i obecne pokolenie czerpać natchnienie i zachętę do prac swoich. Zadaniem wydawnictwa Biblioteki będzie pogłębiać myśl naukową współczesnego pokolenia lekarzy i zachować ciągłość naszej tradycyi naukowej.

W tym roku, jako setnym pierwszego wydania wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego, zamierzamy jako zapoczątkowanie Biblioteki wydać i dzieła rzeczone i oddać przez to cześć winną i hołd przynależny sławnemu synowi Wielkopolskiej ziemi.

Ku uczczeniu nadto pamięci naszego rodaka nosić będzie Biblioteka nazwę: »Biblioteka Jędrzeja Śniadeckiego«.

Do każdego dzieła, jakie się co rok w Bibliotece w jednym większym tomie lub kilku mniejszych ukaże, dodany będzie wstęp obszerny, w którym oprócz życiorysu autora, podana będzie naukowa ocena dzieła, napisana przez osobę kompetentną.

Powodzenie »Biblioteki Jędrzeja Śniadeckiego« zależeć będzie od poparcia ogółu naszych lekarzy. Aby módz oznaczyć wysokość nakładu, uprasza Redakcya już teraz o zapisywanie się na listę prenumeratorów.

Cena roczna Biblioteki wyborowych dzieł znakomitych naszych lekarzy i przyrodników wynosi marek sześć, czyli trzy ruble, lub siedm i pół korony.

Abonenci »Nowin lekarskich« otrzymać mogą Bibliotekę Jędrzeja Śniadeckiego za połowę ceny. W handlu księgarskim cena pojedynczego dzieła znacznie będzie wyższą, niż w prenumeracie.

Heliodor Święcicki.

* *Z Towarzystwa samopomocy lekarzy otrzymujemy następujące doniesienie:*

Centralny Wydział Tow. samopomocy lek. w Krakowie otrzymał następujące zawiadomienie: „Do Wydziału Tow. „Samopomocy lekarzy" w Krakowie! Niniejszem donoszę, że »Reprezentacya lwowska Tow. »Samopomocy lekarzy w Galicyi i t. d.« ukonstytuowała się na Walnem zgromadzeniu w dniu 10 maja b. r., wybierając w myśl statutu następujący zarząd: przewodniczący: kol. Prof. Ziembicki; zastępca: kol. Zgórski; sekretarz: kol. Mayer; skarbnik: kol. Mańkowski; członek zarządu: kol. Mikołajski.

Do Komisyi kontrolującej wybrano koll. Moszkowicza i Pilewskiego.

Do Sądu polubownego wybrano koll. Prof. A. Głuzińskiego, Bednarskiego i Eug. Wajgla«.

Dr. Józef Mayer, sekretarz reprezentacyi lwowskiej.

Jest to zatem pierwsza Reprezentacya Towarzystwa, obejmująca miasto Lwów wraz obwodem sądu krajowego lwowskiego, licząca obecnie 132 członków. Druga Reprezentacya może być utworzoną w obwodzie sądowym przemyskim. Do Reprezentacyi przemyskiej należeć mogą członkowie Towarzystwa, zamieszkali w następujących powiatach sądowych: Dobromil, Dubiecko, Jarosław, Jaworów, Krakowiec, Mościska, Niżankowice, Pruchnik, Przemyśl, Radymno, Sądowa Wisznia, Sieniawa. Członkowie ci, o ile mają zamiar ukonstytuowania się w »Reprezentacyę przemyską«, zechcą zawiadomić o tem Centralny Wydział Towarzystwa w Krakowie, przyczem, według statutu, wymagana jest liczba członków = $^2/_3$ liczby lekarzy w obwodzie zamieszkałych.

Dr. Langie, generalny sekretarz.

* Kol. Dr. Langie donosi, że otrzymał od Dr. Zygmunta Smolarskiego 93 koron i 80 halerzy na fundusz zapomogowy Tow. samopomocy lekarzy, jako »kwotę zebraną zamiast wieńców na trumnę ś. p. koll. Szalaya i Iwańskiego«. Kwotę tę przesłał kol. Langie do centralnej kasy Tow. samopomocy lekarzy czekiem N. 853,810.

(O) Ponieważ Walne Zgromadzenie »Kasy chorych lekarzy«, zwołane na dzień 14 maja b. r., mogło załatwić tylko 3 pierwsze punkta porządku dziennego, zaś punkt 4 z powodu braku potrzebnego kompletu musiał odpaść, przeto odbędzie się drugie Walne Zgromadzenie »Kasy chorych lekarzy«, które zbierze się we czwartek dnia 26 maja b. r. o godzinie 6 po południu we Lwowie w lokalu Izby lekarskiej (ul. Dominikańska l. 11 na dole). Na porządku dziennym: Wnioski w sprawie zmiany statutu „Kasy chorych lekarzy« z powodu przystąpienia lekarzy, przynależnych do Izby lekarskiej krakowskiej. Zwracamy uwagę, że w myśl § 21 ustęp 8 uchwały zgromadzenia są ważne przy jakimkolwiek komplecie.

Kasa chorych lekarzy. Lwów 15 maja 1904.

Sekretarz: *Dr. Czaczkowski.* Przewodniczący: *Dr. Festenburg.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 11 maja posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Żeleński mówił „O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej (na podstawie badań przeprowadzonych wspólnie z Dr. Teodorem Cybulskim); 2) kol. Habicht: »O t. zw. „typhus diagnosticum« Fickera« (z demonstracyą.

* Dr. Bogdanik, prymaryusz szpitala powszechnego w Krakowie, który podjął się wypracowywania sprawozdań z polskich rozpraw chirurgicznych do „Centralblatt für Chirurgie", uprasza o przysyłanie mu odbitek z tego zakresu medycyny.

* Koszt pomnika ś. p. prof. dr. T. Chałubińskiego w Zakopanem wyniósł 17.155 kor. 88 halerzy. Kwotę tę pokrył Komitet z zebranych na ten cel składek.

* Wielki Wydział Kasy Oszczędności m. Krakowa przeznaczył 15.000 koron na budowę łaźni ludowej. Szczerze cieszyć się należy, że zasady higieny szerzą się tak skutecznie i w sferach pozalekarskich i że dzięki tej rozumnej uchwale stanie się zadość jednej z istotnie ważnych potrzeb naszego miasta.

* D. 11 b. m. odbyła się w Pradze jubileuszowa uroczystość złożenia życzeń prof. Horbaczewskiemu w pięćdziesiątą rocznicę jego urodzin. W uroczystości wzięli udział: dziekan Wydziału lekarskiego i przedstawiciele Towarzystwa lekarskiego, Towarzystwa medyków czeskich i grona byłych uczniów. Prof. Horbaczewski, Rusin z Galicyi, wykłada chemię w czeskim Wydziale lekarskim od chwili jego założenia; doniosłością swych prac naukowych (między innemi synteza kwasu moczowego) zyskał poważne imię w nauce i dodał blasku młodej wszechnicy czeskiej. Jubilat jest honorowym członkiem korespondentem Tow. lekarskiego krakowskiego.

* Ministeryum spraw wewnętrznych ustanowiło stypendyum w wysokości 1400 koron rocznie dla lekarzy, życzących się poświęcić badaniom gruźlicy w »sanatoryum Alland«, gdzie prócz zasiłku pieniężnego mieliby całkowite utrzymanie i pracownię do badań naukowych. Specyalna komisya, złożona z referenta spraw sanitarnych w ministerstwie spraw wewnętrznych, oraz profesorów: Weichselbauma, Jakscha i dyrektora szpitala powsz. Dr. Muchy, ma określić zadania i zakres pracy stypendystów i zdawać sprawę ministerstwu o stanie rzeczy i rozwoju badań naukowych, wykonywanych w Alland.

* W międzynarodowym kongresie przeciwgruźliczym, który zbierze się d 25 maja w Kopenhadze, wezmą udział między innymi: Behring, Leyden i Brouardel.

* Nakładem R. Mossa w Berlinie wyszedł »Baeder Almanach« IX wydanie; obejmuje on uzdrowiska, zdrojowiska i zakłady lecznicze niemieckie, austryackie, szwajcarskie i krajów pogranicznych; z galicyjskich atoli miejsc kąpielowych uwzględnia »Almanach« tylko Rabkę, a mapa Austryi od wschodu kończy się na powiecie krośnieńskim.

* Między 3 a 9 maja doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gm.), czortkowskim (3 gm.), drohobyckim (2 gm.). horodeńskim (1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (5 gm.), kamioneckim (2 gm.), lwowskim (2 gm.), mościskim (2 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), rawskim (4 gm), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.). stryjskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), turczańskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (3 gm.), w mieście Lwowie 2 przypadki.

Mianowania i odznaczenia. Prof. kijowskiego uniwersytetu dr. Pawłowski przydzielony został do sztabu naczelnego wodza armii w Mandżuryi. Dr. Horbaczewicz mianowany został inspektorem wojskowo-lekarskim wojsk na terenie bojowym w Mandżuryi.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franc. Kaszliński — w Gnieźnie. Dr. Piotr Zaleski, wychowaniec uniwersytetu warszawskiego, naczelny lekarz miejski, — w Saratowie. Dr. Stanisława Włodkowa l. 36 — w Zakopanem. Prof. Stefan Marey, sławny fizyolog, zmarł w Paryżu w 74 r. życia.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Z. 5. Szuman: Gastroenterostomoza z pomocą magnezyowego guzika Chlumskyego. Zalewski: Przypadek błony wrodzonej krtani. Geržabek: O znaczeniu pozycyi Walcherowskiej w położnictwie. Deyl: Rak oka i okolicznych jego organów. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Krokiewicz: W sprawie patogenezy dwoinek Fraenkla. Przypadek zapalenia przerzutowego. Horodyński: Przypadek wrodzonej olbrzymiości częściowej (dok.).

— *Medycyna* Nr. 19. Sterling: O porażeniu astenicznem. Serkowski i Maybaum: W sprawie zaraźliwości raka.

— *Kronika lekarska* Z. 9. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój (c. d.).

— *Głos lekarzy* Nr. 10 zawiera następujące artykuły: Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy w Galicyi. — Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych (dok.). Stanowisko lekarzy wobec Kas chorych. — Taryfa lekarska. — Z niwy dziennikarskiej. — Położenie lekarzy kąpielowych. — W sprawie krajowych zakładów dla obłąkanych. — Odcinek.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 19. Kose: Studie o alkalické reakci krve (dok.). Cisler: O poměru pathologických změn svalstva hrtanového k zákonu Semon-Rosenbachovu. Šantrůček: Léčeni hydrokély. Šebor: O vzajemnem vztahu mezi těhotenstvím a některými chorobami vnitřnimi.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 4. Bizek: Vnitřni léčeni processů zánětlivých.

— *La Presse médicale* Nr. 36. Josué: Miażdżyca tętnic i zwapnienie tętnic. Lermoyez, Lubet-Barbon i Moure: Leczenie zapalenia ucha środkowego.

— Nr. 37. Debove: Nerka wędrująca, przepuszczająca puchlina nerkowa i napady śluzowo-błoniastego zapalenia nerek.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19 Bonhoff: Niektóre nowsze badania z zakresu odkażania formaldehidem. Krause: Dwa przypadki posocznicy gonokokowej z wykazaniem gonokoków we krwi za życia pacyenta. Kyes. Jad kobry i antytoksyna. Sehrt: O własnościach fermentacyjnych mięśnia mumii. Heine: Wrodzony brak rzepki. Hueppe: Zapobieganie chorobom zakaźnym w szkole (c. d.). Milner: Odpowiedź na artykuł: „Bolesne pasy na szyi po zranieniach głowy".

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 19. Jesionek: Leczenie naświetlaniem metodą prof. Tappeinera. Neisser i Friedemann: Badanie zjawisk strącania. Schott: Badanie hemoglobiny w przypadkach przewlekłej wady serca. Marx: Powikłane przedziurawienie ciałem obcem uchyłku przełyku. Doernberger: Zapalenie płuc, objawy oponowe i afazya. Edel: Wpływ klimatu alpejskiego na zapalenie nerek i białkomocz okresowy. Lammers: Łoże gipsowe dla leczenia zboczenia kręgosłupa i garbu. Bassewitz: Nowoczesne leczenie ukąszenia żmii *(ophidismus)* w Brazylii. Reinhard: Przyczynek do kazuistyki przewlekłego trwałego sokotoku żołądkowego. Kronacher: Przenośny sterylizator dla opatrunków i narzędzi. Ziegner: Instrumentalny przyczynek do leczenia ropni migdałków. Halberstädter: Czy działanie ciał fluoryzujących polega na uczuleniu?

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 19. Zappert: Występowanie substancyi tłuszczowej w rdzeniu płodu i dziecka. Alt: Operacyjne zabiegi w tylnym dole czaszkowym. Peham: Przypadek ciąży zamacicznej z żyjącem dojrzałem dzieckiem. France: Przyczynek do kazuistyki ciąży zamacicznej z żyjącem dzieckiem. Koschier: Przyczynek do operacyjnego leczenia raka krtani (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20. Riegel: O nadmiernej kwasocie i nadmiernej wydzielinie. Richartz: Różniczkowe rozpoznanie między rozszerzeniem wrzecionowatem przełyku a głęboko usadowionym w nim uchyłkiem. Wullstein: O przedpiersiowej *(antethoracale)* ezofago jejunostomii i operacyach, wykonywanych na podobnej zasadzie. Schmidt Wczesne oddziaływanie po zastosowaniu promieni Röntgena. Neufeld: O błonicy przewlekłej.

Redakcya otrzymała: Steinsberg: Dalsze uwagi o leczeniu chorób serca w Francensbadzie. Wojczyński i Zychoń: Sprawozdanie Komitetu budowy pomnika prof. Dr. Tyt. Chałubińskiego w Zakopanem.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 19 (od 8/V do 14/V) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 33, dz. 22; nieżywo: chł. 2, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 17, kob. 15; zamiejscowych: męż. 13, kob. 13.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych 1. 2) gruźlica: miej. 7, ob. 8. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 2 4) dławiec i błonica: miej. 1, ob. 3. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. —, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka pologowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. 1. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 2, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 7, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 1, ob. 3. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 10, ob. 3. 23) śmierć przypadkowa: miej. 1, ob. 1. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 32, obcych 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.

Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem“).
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem“).

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakladu.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego dolnego i pensyonatu.

Truskawiec.

Dr. **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental“).

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen“).

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger“ IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)

Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha“).
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen“).
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau“).
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva“).
Dr. **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln“).

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.

Marienbad.

Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried“).
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo“).

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania“.

Konkurs

Wydział powiatowy w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Lanckoronie z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej.

Nadto w myśl uchwały Rady gminnej w Lanckoronie z dnia 12 grudnia 1903 otrzyma lekarz okręgowy od gminy wolne mieszkanie wraz z ogrodem i tytułem rocznego dodatku do płacy kwotę 200 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1. prawo obywatelstwa austryackiego;
2. dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Lanckoronie należą następujące gminy i obszary dworskie:

Lanckorona, Baczyn, Dąbrówka, Harbutowice, Izdebnik, Jastrzębia, Leśnica, Marcówka, Palcza, Podchybie, Stronie, Skawinki, Stryszów, Zachełmno, Zakrzów, Zembrzyce, Zarzyce małe i wielkie.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. ust kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do końca maja 1904.

Wadowice, dnia 5 maja 1904.

178 Za prezesa: *Raczyński.*

L. 663/04.

Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w tutejszej gminie z płacą roczną 800 koron i różnemi dodatkami, wynoszącymi blisko 300 koron, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Podania należycie udokumentowane, a szczególnie zaopatrzone dowodem odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej, wnieść należy najdalej do dnia 15 czerwca 1904 na ręce tutejszej Zwierzchności gminnej.

Nadmienia się, że z dniem 1 stycznia 1905 ma być tu otwarty Sąd i Urząd podatkowy.

Bołszowce, dnia 5 maja 1904. 181

Burmistrz

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.

2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.

3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).

4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.

5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.

6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.

7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie Rb. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarz. w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakim mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dr. medycyny i chirurgii Leona Konitza przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15-go października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu Dr. Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rb. 256 kop. 50, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 15 kwietnia 1902 r. do dnia 31 marca 1905 r. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1905 r. przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7). lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłómaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora. 184

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Konkurs

Wydział powiatowy w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Lanckoronie z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej.

Nadto w myśl uchwały Rady gminnej w Lanckoronie z dnia 12 grudnia 1903 otrzyma lekarz okręgowy od gminy wolne mieszkanie wraz z ogrodem i tytułem rocznego dodatku do płacy kwotę 200 koron.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1. prawo obywatelstwa austryackiego;
2. dyplom doktora medycyny, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3. praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Lanckoronie należą następujące gminy i obszary dworskie:

Lanckorona, Baczyn, Dąbrówka, Harbutowice, Izdebnik, Jastrzębia, Leśnica, Marcówka, Palcza, Podchybie, Stronie, Skawinki, Stryszów, Zachełmno, Zakrzów, Zembrzyce, Zarzyce małe i wielkie.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. ust. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do końca maja 1904.

Wadowice, dnia 5 maja 1904.

178 Za prezesa: *Raczyński.*

L. 663/04.

Konkurs.

Celem obsadzenia posady lekarza miejskiego w tutejszej gminie z płacą roczną 800 koron i różnemi dodatkami, wynoszącymi blisko 300 koron, rozpisuje się niniejszem konkurs.

Podania należycie udokumentowane, a szczególnie zaopatrzone dowodem odbytej przynajmniej dwuletniej praktyki lekarskiej, wnieść należy najdalej do dnia 15 czerwca 1904 na ręce tutejszej Zwierzchności gminnej.

Nadmienia się, że z dniem 1 stycznia 1905 ma być tu otwarty Sąd i Urząd podatkowy.

Bołszowce, dnia 5 maja 1904. 181

Burmistrz.

Konkurs.

W celu nadania stypendyum w kwocie 2000 koron z fundacyi J. W. Radcy Stanu Walentego Szklarskiego rozpisuje się niniejszem konkurs.

O stypendyum to ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w U J., którzy studya swe ukończyli, najdalej w przeciągu pięciu lat od ukończenia swych studyów. Każdy z ubiegających powinien się zobowiązać pisemnie, że w razie udzielenia mu stypendyum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę. W każdym razie wykształcenie za granicą ma być przysposobieniem do zawodu naukowego, a nie do samego lekarskiego wykonawstwa Wymaga się więc dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego, okazywanego jużto w pracowniach, jużto w klinikach szczególnem przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań. dokonywanemi ćwiczeniami i pracami. Od pobierajcegoą stypendyum wymagać się będzie dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków. Podania należy wnieść do dnia 20 czerwca 1904 na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie. 185

L. 1905.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Buczaczu rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Uściu zielonem z płacą 1000 kor. i 600 koron na objazdy rocznie.

Do okręgu należy 11 miejscowości. Apteka w miejscu. Warunki określone ustawą z d. 2 lut 1891 Dz. u. kr Nr. 17. Termin do wnoszenia podań do 15 czerwca b. r.

Lekarz okręgowy będzie mógł za osobnem wynagrodzeniem ze strony Urzędu gminnego w Uściu zielonem spełniać obowiązki lekarza miejskiego 188

Z Wydziału powiatowego: Buczacz 23 maja 1904. Zastępca Prezesa: Dr. Krzyżanowski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dr. Walentego Koczorowskiego:

1) Wpływy mózgu i móżdżku na odruchy.

2) Miażdżyca tętnicy wątrobowej i jej wpływ na powstawanie spraw chorobowych w wątrobie.

3) Zbadać powstawanie nowych przewodów żółciowych w przebiegu sztucznie wywołanej marskości wątroby (przez szczepienie gruźlicy).

4) Wpływ surowic (Marmorka, Maragliano i innych) na przebieg gruźlicy u zwierząt.

5) Sprawdzić doświadczalnie ochronne znaczenie sieci wielkiej w obec spraw zakaźnych i zgorzelinowych w jamie brzusznej.

6) Związki siarki w moczu w rozmaitych stanach patologicznych.

7) O biochemicznych własnościach paciorkowców.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1905 r. Za najlepsze dwie prace, napisane na wybrane tematy z liczby wyżej wymienionych, wyznaczone są dwie nagrody po 300 Rb. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego, każda w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem: „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ul. Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna, w kwocie Rb. 240, imienia Tytusa Chałubińskiego, przyznaną zostanie przez Towarz. w roku 1905 za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dnia 1-go stycznia 1901 r. do 31-go grudnia 1904 r. Ustawa konkursowa i regulamin dopełniający, żadnych innych ograniczeń w przyjmowaniu prac do ubiegania się o nagrodę nie zastrzegają. Autor, przesyłając pracę do Towarzystwa, na piśmie wyrazić winien, że ją do konkursu, o jakiu mowa, przeznacza. Prace do konkursu składane być mogą w ciągu lat 1901, 1902, 1903, 1904 i w ciągu stycznia 1905 r. na ręce Sekretarza Stałego Towarzystwa. Ustawę i regulamin konkursowy każdy w Kancelaryi Towarzystwa (ulica Niecała Nr. 7) przejrzeć może.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały *Dr. Hoyer.*